Rok XXIX. Kraków, 22 Marca 1890. Nr. 12.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Redakcyja: Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja: Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a *w Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Pères, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

Przedpłatę przyjmują: Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam, 81, Rue des Saintes Peres.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie:	8 złr. 80 ct.	6 rsr.	14 mk	24 fr.
Półrocznie:	4 „ 40 „	3 „	7 „	12 „
Kwartalnie:	2 „ 20 „	$1^1/_2$ „	$3^1/_2$ „	6 „

I. O laryngofisurze na podstawie własnego doświadczenia.

Podług wykładu mianego w Tow. lekarskiem krak. w czerwcu 1889 r., uzupełnione przypadkami późniejszemi.

Podał

prof. Dr. Pieniążek.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 11).

3) W trzecim przypadku przystąpiłem w lecie 1884 r. do wykonania laryngofisury u młodzieńca 18—20-letniego z powodu licznych papilomatów krtani w głośni i pod głośnią, które pomimo kilkakrotnych endolaryngealnych zabiegów uporczywie recydywowały. Operacyi téj dokonałem z pomocą kol. doc. Dra Trzebickiego, podówczas asystenta w klinice chirurgicznéj. Wykonałem ją przy chloroformie po zrobieniu bezpośrednio przedtem krykotomii. Zamiast kaniuli tamponowéj użyłem tu po raz pierwszy metody operowania przy zwieszonéj głowie, którą znalazłem tak dogodną, że odtąd wyłącznie w ten sposób operuję. Metoda ta przedstawiała mianowicie dogodności, że tak do wykonania saméj laryngofisury, jak i do następującego po niéj zabiegu, jak np. w tym przypadku wycinania polipów, kaniula jest zupełnie zbyteczną, przez co się dużo na przestrzeni do właściwego zabiegu zyskuje, a chory nie krztusi się wcale krwią i śliną, przed któremi go w innym razie kaniulą tamponową chronić potrzeba, a które teraz swobodnie ustami lub nosem spływać mogą. To też dokonawszy laryngofisury i rozwarłszy hakami tępemi płyty chrząstki tarczykowéj swobodnie mogłem wycinać polipy, których zwłaszcza pod głośnią wielka znajdowała się ilość. Do wycinania ich użyłem nożyczek zakrzywionych. Następnie założyłem choremu kaniulę, a ranę po nad kaniulą zamiast zeszyć ściągnąłem plastrami. Na drugi dzień zdjąłem plastry i znowu rozwarłem płyty chrząstki tarczykowéj, aby raz jeszcze opatrzyć, czy gdzie resztek polipów nie znajdę, takowe bowiem łatwo dnia poprzedniego przeoczyć mogłem, niektóre bowiem były bardzo małe, krew więc ściekająca z innych świeżo wyciętych łatwo zasłonić je mogła. Oczyściwszy krtań do reszty z polipów, założyłem znowu plastry, a ponieważ chory mógł dobrze oddychać ustami, kaniulę korkiem zatkałem. W dalszym przebiegu doglądał chorego z powodu mego wyjazdu kol. Trzebicky, od którego się później dowiedziałem, że chory wkrótce pozbył się kaniuli i w parę tygodni z dobrym głosem do domu powrócił. W kilka miesięcy potem widziałem znowu chorego i przy badaniu spostrzegłem jednego polipa w saméj głośni. Chory bawił jednak przejazdem tylko w Krakowie, nie poddał się więc operacyi endolaryngealnéj, jaką mu proponowałem, a od tego czasu nie widziałem go więcéj W przypadku tym zasługują w zestawieniu z poprzedniemi na uwagę następujące szczegóły: 1) Pomimo sporéj ilości polipów krtań nie była niemi znacznie zwężona tak, że tracheotomija *recte* krykotomija nie była robioną z konieczności, lecz tylko jako akt wstępny do laryngofisury. 2) Laryngofisura wykonaną była bezpośrednio po dokonanéj krykotomii. 3) Tak laryngofisura jak i wycinanie polipów odbywało się przy zwieszonéj głowie. 4) Rana po laryngofisurze nie była zeszytą, lecz ściągniętą plastrami w celu ponownego obejrzenia na drugi dzień 5) Tamponu po laryngofisurze, podobnie jak w przypadku pierwszym, nie założono. 6) Mimo bardzo skrupulatnego wycinania polipów recydywa przecież lubo w jednem tylko miejscu w kilka miesięcy nastąpiła.

4) Czwarty przypadek dotyczy chorego z kliniki chirurgicznéj, do którego przez prof. Mikulicza wezwany pod koniec 1885 r. znalazłem bardzo obfite i spore papilomata w głośni i pod głośnią, które nie tylko sprowadziły zupełny bezgłos, ale nadto i dość znaczne zwężenie światła krtani. Endolaryngealnie wyjąłem wszystkie polipy w głośni i większą część podgłośniowych, z których jednak dość znaczna jeszcze ilość, lubo nie sprawiająca zwężenia na ścianach krtani, pod głośnią pozostała. Mimo tego jednak oddech chorego nie wiele się poprawił, a przy badaniu zdołałem spostrzedz w głębi na tylnéj ścianie tchawicy kępę sporych wyrośli zwężających od tyłu dość znacznie światło téjże. Ponieważ te ostatnie usadowione były zbyt głęboko, aby dla endolaryngealnéj operacyi być dostępnemi, ponieważ nadto wyjęte przedtem endolaryngealnie wyrośle, mniemane papilomata, okazały pod mikroskopem budowę mięsaka drobnokomórkowego, przeto proponowałem prof. Mikuliczowi wykonanie tracheotomii i laryngofisury, aby doszczętnie usunąć reszty nowotworu tak na ścianach krtani, jak i w tchawicy. Propozycyja przyjętą została i Dr. Trzebicky wykonał tracheotomiję, poczem prof. Mikulicz w pozycyi chorego leżącéj przystąpił do laryngofisury, a następnie usunął ze ścian krtani przez ekochleacyję resztki nowotworu. Wyrośle na tylnéj ścianie tchawicy dały się dopiero wtedy spostrzedz, gdy choremu spuszczono głowę silnie w tył i zwrócono go ku oknu i krtań rozwarto. Zostały one przez prof. Mikulicza termokauterem wypalone, poczem założono kaniulę, a płyty chrząstki tarczykowéj metalowym szwem połączono. Skutek operacyi pod względem nowotworu był bardzo dobry, obserwując bo-

wiem chorego następnie z przerwami przez dwa lata żadnéj recydywy nie spostrzegłem, natomiast jednak wytworzona po ekochleacyi bliznowata tkanka, obejmująca tylną i boczne ściany krtani, ściągała do siebie struny głosowe tak, że się takowe dostatecznie rozsunąć nie mogły i zbyt wąską pomiędzy sobą szparę dla oddechu pozostawiały. Dilatacyja czopkami cynowemi Schröttera, któréj próbowałem, nie doprowadziła do celu, chory bowiem na lato ją przerywał, a na zimę dopiero wracał do dalszego leczenia. Po dwóch zimach w ten sposób przebytych chorego już więcéj nie widziałem. Sądzę jednak, że konsekwentnie bez przerwy prowadzona przez ten czas dilatacyja byłaby swój cel osiągnęła, t. j. umożliwiła wyjęcie kaniuli. Pod względem głosu chory takowy jeszcze przed laryngofisurą, t. j. po endolaryngealnych zabiegach, odzyskał, po laryngofisurze zachował głos taki sam jak przedtem, t. j. głośny, choć chrypliwy.

5) Piąty przypadek, który miałem sposobność obserwować na wiosnę 1886, przedstawiał objawy zapalenia ochrzęstnéj (*perichondritis thyreoidea*). Płyty chrząstki tarczykowéj rozszerzone tworzyły ze sobą zamiast kąta łuk płaski; przy badaniu laryngoskopijnem struny fałszywe obrzmiałe tak, że tylko w tyle mały otwór dla powietrza pozostawiają. W otworze tym widać wyrośl bladą, palcowato sterczącą, robiącą wrażenie polipa śluzowego. Chrząstki nalewkowe ruchome i równie jak i fałdy nalewko-nagłośniowe nie obrzmiałe, natomiast dno zatoki gruszkowatéj prawéj wzniesione z powodu obrzmienia. Po wspólnéj naradzie z prof. Obalińskim rozpoznaliśmy *perichondritis thyreoidea* i zgodziliśmy się na laryngofisurę celem dania odpływu ropie i wycięcia wspomnianéj wyrośli podgłośniowéj. W tym celu wykonalem naprzód krykotomiję, a w tydzień potem przystąpił prof. Obaliński przy mojéj asystencyi do laryngofisury, któréj dokonał przy zwieszonéj głowie po zachloroformowaniu. Przy operacyi wystąpiło względnie bardzo silne krwawienie z rozciętéj przekrwionéj błony śluzowéj, które jednak przy zwieszonéj w tył głowie żadnych trudności nie sprawiało. Po zatamowaniu krwawienia przez ucisk tamponami okazał się w błonie śluzowéj pod prawą struną głosową otwór prowadzący do jamy wypełnionéj ropą, wśród któréj znajdowała się prawa płyta chrząstki tarczykowéj. Można było przez rzeczony otwór wymacać palcem górny brzeg płyty, całą jéj powierzchnię zewnętrzną i część górną wewnętrznéj, przytem okazywała się ona skostniała, chropawa. Wypłukawszy dokładnie jamę ropnia, co przy zwieszonéj głowie bez żadnego krztuszenia się odbyło i wyciąwszy wspomnianą powyżéj wyrośl, która polipowato nieco na lewo od przedniego kąta głosni poniżéj tegoż była usadowioną, założono tampon z gazy jodoformowéj i zeszyto ranę nad kaniulą. W trzy tygodnie po laryngofisurze opuścił chory szpital bez kaniuli z daleko mniejszem obrzmieniem tak zewnątrz jak wewnątrz krtani, z oddechem zupełnie lekkim, z głosem znacznie lepszym. W rok późniéj dowiedziałem się, że wykrztusił jeszcze kilka kawałkow obumarłéj kości z skostniałéj prawéj płyty tarczykowéj, poczem głos coraz bardziéj się poprawiał, a oddech zupełnie swobodny pozostał.

6) W szóstym przypadku laryngofisura była robioną w r. 1887 na wiosnę z powodu małego polipa między chrząstkami nalewkowemi. Wiadomo, że w okolicy téj polipy nadzwyczaj rzadko występują, jakkolwiek nierówne brzegi wrzodów gruźliczych, lub wybujałe z dna ich granulacyje nieraz łudzące do polipów podobieństwo okazują. To też spotykamy bardzo poważnych autorów, którzy wprost zaprzeczają, jakoby polipy w tem miejscu występować mogły. Co do mnie, miałem sposobność widzieć polipa w przestrzeni między-nalewkowéj i stwierdzić jego obecność przy laryngofisurze. Był to polip nie wielki, bo wielkości ziarna grochu, usadowiony w przestrzeni międzynalewkowéj na wysokości strun głosowych, które przez niego były do siebie ściągnięte tak, że stale w pozycyi fonacyjnéj się znajdowały i równie jak chrząstki nalewkowe nie rozsuwały się przy oddechu od siebie. Łatwo pojąć, że stan ten znaczną wywoływać musiał duszność. Musimy tu przypuścić, że wytwarzający się między chrząstkami nalewkowemi polip ściągał takowe powoli do siebie aż do zupełnego prawie zbliżenia się. Wobec znacznéj duszności uważałem zabiegi endolaryngealne za zbyt ryzykowne i niepewne, proponowałem więc prof. Obalińskiemu wykonanie laryngofisury z wycięciem następowem polipa. Takowéj dokonał prof. Obaliński przy mojéj asystencyi przy zwieszonéj głowie po poprzednio dokonanéj krykotomii. Polip został wycięty nożyczkami wygiętemi, tampon do krtani założony i rana zeszyta. W trzy tygodnie opuścił chory szpital bez kaniuli z dobrym oddechem i głosem.

7) Siódmy przypadek w tymże roku na wiosnę operowany przedstawiał papilomata na obu przednich łukach podniebienia, na obu więzadłach fałszywych i lewem więzadle prawdziwem. Takowe były jednak nie wielkie tak, że same żadnego zwężenia krtani sprawiać nie mogły. Obok nich jednak więzadła głosowe w tyle po za wyrostkami głosowemi okazywały się spojone tkaniną, występującą z przestrzeni między nalewkowéj jako fałd poprzeczny na tylnéj ścianie krtani. Głośnia przedstawiała się tu eliptycznie ku przestrzeni międzynalewkowéj zakończona, nie dochodziła jednak do płaszczyzny tylnéj ściany krtani, lecz kończyła się zaokrąglonym kątem o parę milimetrów przed nią. Struny głosowe zatem wraz z chrząstkami nalewkowemi pozostawały stale w pozycyi fonacyjnéj. Musiałem tu rozpoznać przerost błony śluzowéj na przestrzeni międzynalewkowéj, który przy wytworzeniu większéj ilości tkanki łącznéj ściągnął do siebie chrząstki nalewkowe i struny głosowe tak, że przy oddechu nie mogły się od siebie oddalić. Ciekawem jest wystąpienie tego stanu obok papilomatów. Jako przyczynę stanu tego przyjąć muszę Störkowski ropotok (*Blennorrhoea*), a to z powodu wybitnie suchego nieżytu nosa i połyku (*rhinitis ac pharyngitis sicca*) obok nieżytu krtani. Zaniku muszel, jak w tak zw. *ozaena* stwierdzić jednak nie mogłem. U chorego wykonałem na oddziale prof. Obalińskiego i w jego obecności krykotomiję, a późniéj laryngofisurę przy zwieszonéj głowie, powycinałem papilomata i wyskrobałem tkankę ściągającą chrząstki nalewkowe za pomocą ostréj łyżeczki. Następnie założyłem tampon i zaszyłem ranę nad kaniulą. Tampon wysunął się jednak choremu na drugi dzień w górę tak, że krtań bez niego pozostała. Wynik operacyi nie był w tym przypadku korzystny, co przypisuję raz zawczesnemu (choć przypadkowemu) usunięciu tamponu, powtóre i temu, że przerosłą na tylnéj ścianie tkankę, która się jako zbita i twarda przy łyżeczkowaniu okazala, może nie dosyć dokladnie i głęboko wyskrobałem. Chory zatem nie chcąc się poddać powolnéj dilatacyi, z kaniulą do domu powrócił.

8) Ósmy przypadek też na wiosnę 1887 r. operowany zupełnie podobny jest do poprzedniego. Była to dziewczyna około 20-tu lat, u któréj na obu więzadłach fałszywych znajdowały się papilomata, więzadła prawdziwe zgrubiałe, brzegi ich zaokrąglone pozostawały stale w pozycyi fonacyjnéj i na zewnątrz się nie rozchodziły, głośnia jednak miała kształt nie eliptyczny, lecz wąskiego trójkąta, którego podstawę stanowił gruby fałd poprzeczny, lub raczéj wzniesienie na tylnéj ścianie krtani. Szczyty chrząstek nalewkowych okazywały się ruchome, spody ich jednak nie oddalały się od siebie przy wdechu Obok tego przedstawiało badanie nosa wybitną „ozaenę“ z bardzo znacznym zanikiem muszel i cuchnieniem, oraz wybitną *pharyngitis sicca* tak, że za przyczynę tego stanu stanowczo przyjąć ropotok Störka należy. W przypadku tym wykonano na oddziale prof Obalińskiego krykotomiję, poczem około tygodnia późniéj przystąpiłem do laryngofisury, którą wykonałem przy zwieszonéj głowie, a rozwarłszy tarcze chrząstki tarczykowéj wyskrobałem przestrzeń międzynalewkową, gdzie znalazłem tkankę twardą i zbitą. Następnie założyłem tampon i zeszyłem ranę. Po tygodniu wyjąłem tampon, a gdy się okazało, że chora dobrze przy zatkaniu kaniuli może oddychać, usunąłem wkrótce i kaniulę. Papilomata usunąłem następnie endolaryngealnie. Zrazu uważałem, że struny głosowe, które się teraz przy wdechu zupełnie normalnie rozchodziły, przy fonacyi zostawiały pomiędzy sobą szparkę, która ku przedniemu kątowi rozszerzała się nieco; po pewnym czasie jednak to znikło i szpara głośni kończyła się kończysto ku przodowi, odpowiednio do tego chora, która świeżo po wyjęciu tamponu miała zupełny bezgłos, wracała powoli do głosu i osiągnęła wkrótce lepszy, niż miała przed laryngofisurą,

lubo zawsze chrypliwy z powodu zgrubienia strun głosowych, o którem powyżéj wspomniano. W rok potem, t. j. r. 1888. przybyła chora do mnie znowu z objawami zwężenia krtani, które zostało sprawione przez przerost błony śluzowéj na przedniéj ścianie krtani w okolicy rany tracheotomijnéj. Zrazu próbowałem zwężenie usunąć za pomocą systematycznéj dilatacyi rurkami kauczukowemi Schröttera, byłem jednak zmuszony i to nagle do wykonania tracheotomii, poczem przerost się części wyskrobałem łyżeczką i wypaliłem galwanokauterem częścią przez krtań, częścią przez otwór tracheotomijny. Znowu w pół roku późniéj powróciło zwężenie z tejże saméj przyczyny, chora jednak wcześnie przybyła, mogłem więc przez powolną dilatacyję rurkami Schröttera takowe usunąć. W lecie 1889 przybyła chora znowu z miernem zwężeniem, polegającem na przeroście błony śluzowéj pod struną lewą, (*chorditis vocalis inf. hypertrophica unilateralis*) i znowu wykonywałem u niéj dilatacyję rurkami Schröttera. Przy dilatacyi téj już po trzeci raz robionéj miałem sposobność przekonać się, że tchawicę zalega sporo wydzieliny gęstéj, silnie cuchnącéj, co rozpoznanie ropotoku Störka potwierdza. Wydzielina ta zasychając w strupy zwiększa często zwężenie i nie daje się odkrztusić, aż dopiero poruszona rurką przy kaszlu w nią się dostaje. Przez cały ten czas, t. j. obecnie wyżéj 2 lat jak chorą obserwuję, rozchodzenie się chrząstek nalewkowych i strun głosowych na zewnątrz jest zupełnie normalne, ściągająca je dawniéj w tyle włóknista tkanina po wyskrobaniu nie odnowiła się dotąd. Ciekawem jest, że w nosie, gdzie dawniéj wybitna „ozaena" była, w lecie 1889 spotykamy przerost błony śluzowéj zwłaszcza na dolnéj muszli prawéj i w dnie choany lewéj. Skutkiem tego była zwłaszcza prawa choana znacznie zwężoną. Parotygodniowa dilatacyja doprowadziła do znacznego zmniejszenia zwężenia krtani, nie mogłem jednak w tak krótkim czasie takowego całkowicie usunąć. Dalsze leczenie zostało przerwane z powodu mego wyjazdu, a od tego czasu choréj nie widziałem.

(Ciąg dalszy nastąpi).

II. Z kliniki chirurgicznéj prof. Rydygiera w Krakowie.

O wilku pierwotnym w krtani.

Podał

Dr. Adam Langie,

elew tejże kliniki.

(Dok. Patrz Nr. 11).

W niektórych wyjątkowych przypadkach przebiega szybciéj, kończąc się w kilku miesiącach. Cierpienie ogranicza się zazwyczaj do saméj tylko krtani, może jednak rozszerzyć się na części sąsiednie, zająć błonę śluzową gardła, jamy noso-połykowéj, jamy ust lub nosowéj, wargi, wyjść nawet na twarz, a więc postępować w odwrotnym kierunku, jak to ma miejsce przy wilku następowym krtani. Przyjść może też do objawów większéj lub mniejszéj *laryngostenosis* na szczęście nie zbyt często, bo Chiari w 33 przypadkach następowego wilka krtani widział 6 razy *Stenosis laryngis* (= 18·1%). Jako następstwa pozostają po chorobie w niektórych przypadkach różne zmiany kształtu i zwężenia skutkiem ściągnięcia się blizn, chociaż jest to o wiele rzadszem niż w przypadkach kiły krtaniowéj. Śmierć rzadko następuje i to najczęściéj skutkiem komplikacyi jak gruźlica, lub rzadko *Oedema glottidis*.

Rozpoznanie wogóle wilka krtani jest trudne, zwłaszcza, że wilk na błonach śluzowych nie przedstawia tych charakterystycznych właściwości jak na skórze. Oprzeć się tu musimy na następujących punktach jak: powolny przebieg, brak przez długi czas wszelkich objawów, niebolesność cierpienia, brak powiększonych lub tylko nieznaczne powiększenie gruczołów, usadowienie się zmian z upodobaniem na nagłośni, objawy przebytych zołzów, stan ogólny dobry, wywiady wykluczające kiłę, wiek chorego, a przedewszystkiem charakterystycznem jest, jeśli znajdziemy równocześnie rozmaite fazy rozwoju obok siebie, jak blizny, owrzodzenia, wybujałości brodawkowate, czego w żadnéj innéj chorobie nie spotykamy, oraz ponowny wybuch cierpienia w saméj, wytworzonéj już bliźnie. Mimo tego najlepsi badacze zgadzają się na to, iż w wielu razach rozpoznanie za życia jest bardzo trudne i tak:

Schroetter (30) powiada, że nawet w przypadkach wilka następowego krtani, w których spotykamy się ze zmianami na skórze i błonach śluzowych, nie zawsze stanowcze rozpoznanie jest możebne.

Stoerk (32) podnosi trudności rozpoznania w razie, gdy żadnych zmian na skórze niespotykamy, powiadając, że odróżnienie od kiły za pomocą samego tylko obrazu wziernikowego nieraz niemożebne.

Mackenzie przyznaje, że rozpoznaje głównie na podstawie badania całego ciała, wywiadów i *ex juvantibus*.

Lefferts[1]) opisując przypadek wilka krtani, zwraca uwagę na podobieństwo ze zmianami gruźliczemi.

Grossmann (10) zwraca uwagę na trudności w rozróżnieniu wilka od raka.

Rauchfuss (28) również twierdzi, iż nie uwzględniając przebiegu zmian na skórze i wywiadów nieraz nie podobna rozpoznać choroby.

Bresgen (4) zaś pisze: „Wilk i trąd jako takie z pewnością rozpoznanemi być mogą tylko wtedy, jeżeli istnieje odnośne schorzenie powłok zewnętrznych; jeżeli schorzenia tego niema, wtedy trudnem jest rozróżnienie wilka od gruźlicy, kiły i raka".

Widzimy więc, że jeżeli wilk następowy sprawia już takie trudności rozpoznawcze, to cóż dopiero wilk pierwotny, który badamy najczęściéj w późniejszym okresie, gdy już znaczne obrzęki, przerost i zniekształtnienia utrudniają wielce rozpoznanie. Nic więc dziwnego, że w naszym przypadku również dopiero po dokonanéj operacyi badanie anatomiczne i drobnowidowe wykazały rzeczywistą istotę choroby.

Lupus laryngis brać można za następujące cierpienia krtani: *Tuberculosis*, *Syphilis*, *Lepra* i *Carcinoma*. Do odróżnienia zaś posłużyć mogą następujące okoliczności:

1) *Tuberculosis laryngis*: Wybitniejsze tu są zaburzenia czynnościowe: chrypka, bolesność, kaszel, wykrztusina obfitsza, zawierająca sporą ilość prątków Kocha. We wzierniku widać większe zaczerwienienie, naciek jeśli jest, to miększy, części zajęte nie dają uczucia téj twardości przy dotyku, nie ma wyrośli brodawkowatych, lecz rozsiane drobniutkie żółtawe lub białawe gruzełki. Owrzodzenia szybciéj się szerzą, nie są tak dokładnie ograniczone i nie zabliźniają się nigdy. Wogóle cały przebieg cierpienia o wiele jest szybszym. Także umiejscowienie gra tu pewną rolę, gdyż zmiany gruźlicze bardzo rzadko sadowią się na nagłośni, a ważnem też jest uwzględnienie odżywienia, które szybko i wcześnie już podupada.

2) *Syphilis laryngis*: Tu rozpoznanie jeszcze może trudniejsze: kiła często bowiem nagabuje nagłośnię, sprawa jest również niebolesną, objawy podmiotowe prawie takie same, jak przy wilku, ważnem więc jest: badanie całego ciała, wywiady, wynik leczenia przeciwkiłowego. Nadto wrzody kiłowe bywają zazwyczaj głębsze, okrągłe, lepiéj ograniczone, mają brzegi wyniosłe nad otoczenie, a do dna ostro ścięte, zaczerwienione, dno nieregularnie powyżerane, pokryte ropą lub grubym pokładem słoninowatym. Blizny w obu sprawach

[1]) Schmidts *Jahrbücher* 182, p. 145.

prawie jednakowe, tylko syfilityczne więcéj zniekształcają, gdyż ubytki są większe. Przebieg cały wogóle szybszy i częściéj przychodzi do *Perichondritis*.

3) *Carcinoma laryngis:* Przeważają tu zaburzenia czynnościowe, bóle nieraz gwałtowne, chrypka, trudności w połykaniu (*dysphagia*), nadto pojawia się wcześnie *foetor ex ore*, plwociny śmierdzące, często krwawo zabarwione i strzępki rozpadłéj tkaniny zawierające. We wzierniku widzimy wybujałości większe kalafiorowate lub guz jeden rosnący i rozszerzający się szybko, owrzodzenia grzybiaste o brzegach wyniosłych, twardych, pokryte ropą, nie zabliźniające się. Często też przychodzi do *perichondritis* lub *chondritis*, a nowotwór wogóle szybko zajmuje części sąsiednie. Nadto gruczoły podszczękowe i nadobojczykowe oraz szyjne bywają zajęte, odżywienie podupada i rozwija się charłactwo. Rak występuje w wieku późniejszym.

4) *Lepra* przedstawia bardzo wielkie podobieństwo do wilka. Türck (33) i Virchow (*Pathologie der Geschwülste*) zwracają uwagę na przebieg, który jest w trądzie o wiele powolniejszym tak, że czasem całe lata utrzymuje się *status quo*, że częściéj przychodzi do porażenia więzadeł i że zaburzenia czynnościowe wcześniéj niż przy wilku występują; decydującem zaś byłoby znalezienie w wydzielinie prątka swoistego.

Rokowanie. *Lupus laryngis*, jak każda, nawet najlżejsza zmiana anatomiczna w narządzie tak ważnym, jest poważnem cierpieniem, na szczęście zaburzenia groźne rzadziéj się tutaj spotyka. Śmierć z saméj choroby nie następuje, mogą ją wywołać komplikacyje. Wyleczenie może nastąpić, ale zawsze pod grozą recydywy. Wogóle trzeba być przygotowanym na długi przebieg choroby, na nowe wybuchy w okresie gojenia, a nawet już po zabliźnieniu, na rozmaite zwężenia i zniekształtnienia, zajęcie, chociaż rzadkie, ochrzęstnéj i chrząstek i na inne komplikacyje, między któremi najgorsza, niestety często, gruźlica i straszne, na szczęście rzadkie, *oedema glottidis*. Co się tyczy rokowania *quoad functionem*, to trzeba zawsze myśleć o zmianach w głosie, jakie choroba wywołać może, a nawet o mogącym wystąpić bezgłosie, który trwa nieraz bardzo długo lub wcale nie ustępuje.

Leczenie powinno być miejscowe i ogólne.

Pierwsze polega na stosowaniu środków żrących wprost na miejsce dotknięte chorobą, jak: tuszowanie *cum. nitrate argenti*, pędzlowanie rozczynem *zinci chlorati*, *ac. chromici*, *ac. lactici* lub *kali caustici*; można też stosować *tinc. jodi* z gliceryną āā, dobre wyniki otrzymano przez wdmuchiwanie jodoformu. Najlepsze jest przypalanie termokauterem, przyrządami galwanokaustycznemi, skrobanie ostrą łyżeczką i skaryfikacyje. Środki te działają szybko i wywołują zabliźnienie. Wprawdzie przy łyżeczkowaniu i skaryfikacyjach traci chory więcéj krwi, ale to nie powinno niepokoić, gdyż krwotok ten nie trwa długo i sam z siebie ustaje. Który z tych środków wybrać, zależy od przypadku: w lżejszych następuje polepszenie, a nawet wyleczenie po pędzlowaniach jodem lub lapisem, w innych trzeba działać energiczniéj, uciec się do przypalania lub skaryfikacyi. Zawsze trzeba być przygotowanym na tracheotomiję, gdyby wystąpiła zagrażająca życiu duszność. W przypadkach *laryngostenosis* nie grożącéj życiu poleca Chiari wprowadzanie zgłębników Schrötterowskich, które nietylko rozszerzają światło, ale wprost mechanicznie niszczą wyrośle wilkowate. Leczenie ogólne polega, jak wogóle przy wilku, na wzmocnieniu odporności organizmu, przedewszystkiem więc odgrywają tu ważną rolę: *tonica* i *roborantia*. Najlepsze usługi oddaje tran (Türck, Jurasz, Rauchfuss). Nie potrzeba tylko podawać bardzo wielkich ilości, aby nie sprowadzić zaburzeń w trawieniu. Neisser poleca podawać tran z kreozotem lub jodem (*Rp. Ol. jecor. aselli 200·0, Kreosoti 1·0;* albo *Rp. Ol. jecor. aselli 200·0. Jodi puri 0·1*). Doutrelepont wspomina o pomyślnych wynikach, otrzymanych przez stosowanie przetworów arsenu. Niektórzy polecają przetwory żelazne, mianowicie *ferrum jodatum*, które ma działać wolno, ale dobrze. Co się tyczy *Kali jodatum*, zdania są podzielone, niektórzy utrzymują, że wcale nie działa. Próbowano też podawać wewnętrznie jodoform, ale wybitniejszych wyników nie otrzymano. Także polecają cały szereg wód mineralnych, zawierających arsen, jod i brom. Jako środki pomocnicze ważne są: pobyt w dobrem, czystem powietrzu, w klimacie umiarkowanym, pożywna dyjeta, kąpiele, gimnastyka, wogóle zachowanie wszelkich przepisów hygijeny.

III. Orzeczenia sądowo-lekarskie Wydziału lekarskiego Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Seryja druga.

XVIII.

Śmierć naturalna, czy z uduszenia.

Podał

Prof. Dr. Blumenstok.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 11).

Po uskutecznieniu téj czynności sędzia śledczy zawezwał obducentów pierwszych i udzielił do odczytania protokół pierwszéj sekcyi z dnia 16 września 1888, tudzież orzeczenie znawców lwowskich i zapytał ich, czy pozostają przy swojem pierwotnem orzeczeniu, że denatka zmarła śmiercią naturalną lub przystępują do zdania znawców lwowskich; daléj zapytał się, czy przy obdukcyi zwłok denatki nie znaleźli pieprzyka na szyi lub twarzy, żebra spróchniałego lub śladów od duszenia na szyi, o których wspomina pierwszy sędzia śledczy w protokóle oględzin, na co pp. obducenci odpowiedzieli:

Po odczytaniu orzeczenia pp. znawców lwowskich i podanego przez nas w dniu 16/9 z. r. orzeczenia, oświadczamy, że nie widzimy się spowodowani odstąpić od naszych pierwotnych zapatrywań, a to z następujących względów:

1) Obraz denatki po śmierci okazywał wprawdzie pewne obrzmienia na twarzy wraz z lekką sinością, a z otworów nosowych, tudzież z jamy ust wypływała krew płynna, spieniona. Obraz ten jest dość zwykłym przy uduszeniu jakimkolwiek sposobem spowodowanym, nie chcemy atoli twierdzić stanowczo, żeby przy braku wszelkich śladów duszenia na szyi, tudzież przy braku wszelkich oznak z bronienia denatki pochodzić mogących, z obrazu tego jedynie już o śmierci gwałtownéj z uduszenia wnosić należało. Objaw ten bowiem jest wspólnym i śmierciom z innych przyczyn, względnie krążenie krwi tamujących wspólnym. I tak każden rodzaj śmierci wywołany kurczem głośni, śmierci wskutek eklampsyi i t. p. może pozbawić rychło życia i siność twarzy wywołać.

2) Na obecność pieprzyka prawdopodobnie nie zważaliśmy, gdyż nie chodziło nam wówczas o sprawdzenie identyczności osoby, ile o wykrycie przyczyny śmierci; dla pierwszéj sprawy zanotowanie takiego pieprzyka jest niezbędnie ważne, dla drugiéj obojętne.

3) Denatki nieznaleźliśmy w swem pierwotnem położeniu, to jest nie na miejscu czynu, albowiem tę czynność do opisania wziął na się sam p. Sędzia. Była ona już ułożoną

na wznak w ten sposób, jak się zwykło sekcyjonować. Zewnętrznie obrażeń żadnych na tułowiu, względnie klatce piersiowéj, nie dało się spostrzegać; otwierając zwykłym sposobem klatkę piersiową, t. j. przecinając chrząstki żebrowe po obu stronach mostka, nie zauważaliśmy również i po stronie wewnętrznéj klatki piersiowéj niezwykłéj ruchomości, któraby na złamanie żebra nas naprowadzić mogło. Sądzimy więc stanowczo, że złamanie zupełne żebra miejsca mieć nie mogło.

4) Sądzimy ponownie wbrew twierdzeniu pp. lekarzy lwowskich, że obrażenia lekkie ostrem narzędziem na szyi wywołane, li tylko do powierzchownéj warstwy skóry się ograniczające, lekko od górnéj strony lewéj ku stronie prawéj i dołowi skierowane, równolegle zbiegające, a więc przez rękę spokojną poprowadzone, nie były ręką obcą wywołane przy przecinaniu szalu, chustki itp. Sądzimy bowiem, że napastnikowi o wiele łatwiéj przyszłoby było chustkę poprostu rozwiązać lub zedrzeć przez wierzch głowy, aniżeli w warstwach tnąc, powoli przecinać, aby końcem noża cialo w ten sposób skaleczyć. Zmarła lubiała oddawać się trunkom, miała liczne wady, a między temi cierpienie nerek dłuższy czas trwające. Osoby takie nawiedzane są często myślami przykremi, podobieństwo z zadumą mającemi i skłonne są w chwili smutku targnąć się na swe życie. Równoległe, płytkie, spokojną ręką prowadzone cięcia zdają się za tem przemawiać.

5) Panowie znawcy lwowscy fałszywie zaraz na pierwszéj stronicy protokół cytują i tak wspominają, że istota korowa miała być mocno zwężona, podczas gdy w protokole naszym jest wyraźnie powiedziane: „istota korowa jest przytem nieco obrzmiałą“ t. j. grubszą i po nacięciu reszty partyi lekko wzniosłą. Z protokólu tego dostrzedz się daje, że cierpienie nerek było tu przewlekłem, o czem grudkowatość i zanik miejscowy świadczy, lecz że przytem sprawa w ostatnich czasach prawdopodobnie wskutek pijatyki i wskutek zaziębienia silnie się zaostrzyła, w ten sposób, że obok przekrwienia i obrzęk znaczny istoty korowéj się dołączył. Stan taki może wywołać nagłe wstrzymanie wydzielenia moczu (*suppressio urinae*), a w następstwie tego i śmierć nawet dość rychło. Parę przypadków z tak gwałtownym przebiegiem znamy z własnego doświadczenia. O więcéj rzeczach nie myślimy na razie mówić, sądzimy bowiem, że w pierwotnem naszem orzeczeniu zapatrywania nasze należycie uzasadniliśmy. W ogólności chcąc być słusznym, nie możemy wszelkiéj możliwości spowodowania śmierci gwałtem wykluczyć; jeżeli się atoli do naszego pierwotnego zdania nachylamy, to czynimy to li tylko przez wzgląd na brak dostatecznych danych, którebyśmy w związku ze śmiercią gwałtowną wywodzić mogli.

P. sędzia w B. ze swéj strony wyjaśnił, że na szyi denatki znalazł tylko rany cięte n i e k r w a w i ą c e, które uważał za pogniecenie i dlatego w protokóle wspomniał o ś l a d a c h d u s z e n i a.

Po załatwieniu tych czynności Sędzia śledczy przesłał akta śledztwa w d. 29 lipca 1889 r. do Wydziału lekarskiego z następującą odezwą: „Z uwagi, że lekarze, którzy obdu„kowali w dniu 16 września 1888 r. zwłoki Tekli T. orze„kli, że ona nie umarła wskutek czynów gwałtownych i jako „prawdopodobną przyczynę śmierci podali zatrucie krwi mo„czem, lekarze zaś lwowscy orzekli, że kobieta zmarła śmier„cią gwałtowną przez uduszenie, a pierwsi lekarze, którym „przedstawiono orzeczenie lekarzy lwowskich, przy zdaniu „swojem pierwotnem pozostali, zatem wątpliwość co do przy„czyny śmierci Tekli T. w powtórnem przesłuchaniu znawców „usuniętą nie została, Izba radna c. k. Sądu Krajowego po „wysłuchaniu c. k. Prokuratora Państwa postanowiła akta „sprawy Antoniego S. o morderstwo rozbójnicze przesłać „świetnemu Wydziałowi Lek. U. J. z prośbą o wydanie orze„czenia co do przyczyny śmierci T.“.

Po wyczerpującem roztrząsaniu sprawy Wydział Lek. wydał następującéj treści orzeczenie:

Tekla T. lat 30 do 33 liczyć mogąca, wydaliła się z W. w połowie lipca 1888 roku, a dnia 15-go września 1888 roku znaleziono ją bez życia w szopie budnika w B., jak opiewa pierwsze doniesienie, w s ł o m i e u k r y t ą. Podczas gdy drzwi od szopki były od zewnątrz zamknięte, ciało martwe leżało na wznak, mając twarz posypaną sianem i przykrytą chustką, odnogi zaś dolne o d k r y t e w n i e p r z y z w o i t y s p o s ó b, jak się wyraża budnik, który pierwszy wszedł do szopki. Sekcyja, uskuteczniona dnia następnego prócz dwóch ran rzniętych na szyi, których jednak jako całkiem powierzchownych panowie obducenci słusznie nie mogli uznać jako w związku ze śmiercią kobiety będące, nie wykazało żadnych innych śladów obrażenia; nie znaleziono jednak i wybitnych zmian anatomicznych, śmierć wytłumaczyć mogących, tak, że pp. obducenci słusznie znów mając na uwadze możność otrucia, przechowali treść żołądka dla ewentualnego dochodzenia chemicznego. Dopiero w nerkach znalazłszy pewne zmiany uznali takowe za przyczynę śmierci naturalnéj. Według ich pojęcia Tekla T. z jakiegoś powodu zamierzyła odebrać sobie życie przez poderznięcie gardła, zamiaru tego atoli nie dokonała, a czując ból miała zatkać sobie rany watą, następnie zaś umarła szybko śmiercią naturalną z mocznicy, powstałéj wskutek cierpienia nerek. Gdy Teklę T. widziano po raz ostatni zdrową i nieranioną o godz. 4-téj popołudniu, a następnego dnia zrana znaleziono ją martwą, więc tak usiłowane poderznięcie gardła, zatykanie ran watą, co przecież tylko w stanie przytomnym odbyćby się mogło, jakoteż nagły napad mocznicy i śmierć w napadzie w tym czasie i na tem miejscu nastąpić musiały.

Jeżeli już sam przebieg ten w wysokim stopniu jest nieprawdopodobnym, jeżeli nadto uderzać musi, że ani na trupie, ani na szatach, ani w otoczeniu nigdzie śladu krwi nie znaleziono, a przecież rany za życia powstałe broczą przez czas dłuższy, to protokół sekcyi wreszcie nie daje podstawy do przypuszczenia, że Tekla T. umarła z mocznicy i przeciwnie brak obrzęku mózgowego i przekrwienie mózgu przemawiają raczéj przeciw niéj; trudno także przypuścić tak szybki i śmiertelny przebieg mocznicy u osoby poprzednio zdrowéj, w kwiecie wieku znajdującéj się, bez wymiotów, których śladu nigdzie nie znaleziono, bez drgawek, za istnieniem których przynajmniéj nic nie przemawia. Nawet twierdzenie pp. obducentów, iż Tekla T. wogóle cierpiała chorobę nerkową, nie jest należycie uzasadnione wskutek opisu niedokładnego, w szczegółach sprzecznego, a przypuszczony przez nich związek pomiędzy chorobą nerek a p o w i ę k s z e n i e m s e r c a również wcale nie jest przekonywającym.

Z tych powodów Wydział Lekarski nie może zgodzić się ze zdaniem pp. obducentów, jako Tekla T. umarła z mocznicy, jak też nie podziela zdania ich, jakoby sama miała zadać sobie rany na szyi znalezione. Rozstrzygnięcie pytania, czy rany rznięte na szyi, jeżeli niema równocześnie innych ran na innych miejscach wyborowych, pochodzą od własnéj lub cudzéj ręki, należy do najtrudniejszych zadań lekarza sądowego. Chcąc bowiem sądzić z pewnością o k i e r u n k u rany rzniętéj, a tem samem ocenić, czy bieg jéj od-

powiada ręce własnéj osoby obrażonéj, wypadałoby wiedzieć, gdzie jest miejsce wcięcia, a gdzie miejsce wycięcia. Oznaczenie zaś tych miejsc jest wogóle prawie niepodobnem, a w danym przypadku nadto kierunek ran w protokóle nie jest dokłanie opisany. Przedewszystkiem z opisu wcale nie wynika niewątpliwie, iż dwukrotny był zamach, a wcale możebną jest rzeczą, że obie rany powstały wskutek jednego zamachu, że więc jedna rana była tylko dalszym ciągiem drugiéj, przedzielona od niéj mostkiem skóry nieuszkodzonéj, jak to bywa często, gdy prowadzi się cięcie na skórze pofałdowanéj; powtóre, a co najważniejsza, ani protokół sekcyjny, ani okoliczności uboczne wcale nie dostarczają dowodu, iż rany te niewątpliwie powstały za życia Tekli T., albowiem nie ma wzmianki o podbiegnięciu krwią brzegów rany, a na trupie, na szatach, na sianie, zgoła nigdzie ani kropli krwi nie spostrzeżono; co raczéj przemawia za tem, że rany te zdziałane zostały dopiero po śmierci Tekli T., a więc jéj własną ręką zadane być nie mogły. Wprawdzie pp. obducenci w orzeczeniu swem wspominają, że rany w mowie będące według podania osób, które Teklę T. po śmierci oglądały, miały być watą zatkane. Okoliczność ta nie byłaby bez znaczenia, gdyby była prawdziwą; jednak w aktach śledztwa nigdzie niema śladu o podobnem twierdzeniu owych osób, a pp. obducenci znaleźli wprawdzie watę w przewodach usznych, ale o wacie na szyi wcale nie wspominają. Tym sposobem i przypuszczenie usiłowanego samobójstwa okazuje się nieuzasadnionem. Nie zapuszczając się w domysły co do powstania tych ran, Wydział poprzestaje na oświadczeniu, że one z największem podobieństwem do prawdy powstały dopiero po śmierci Tekli T.

Uwzględniając okoliczność tę jakoteż warunki, wśród których i położenie, w którem T. znaleziono bez życia, Wydział zmuszonym się widzi do przypuszczenia, że śmierć jéj nie była naturalną, lecz gwałtowną. Wniosek ten nasuwa się z koniecznością, w przeciwnym bowiem razie, gdyby się przypuszczało śmierć wprawdzie szybką, ale naturalną, n. p. z porażenia serca lub uduszenia wewnętrznego, niepodobną byłoby rzeczą wytłumaczyć sobie owego położenia (z odsłoniętemi nogami i twarzą zakrytą sianem i chustką), a które to położenie przez anologiję ze znanemi w praktyce sądowo-lekarskiéj przypadkami nasuwa domysł, że Tekla T. krótko przed śmiercią spółkowała cieleśnie, zwłaszcza gdy miejsce obok trupa w sianie wytłoczone wskazywało, że obok Tekli T. osoba druga prawdopodobnie się znajdowała.

Wynik sekcyi, a mianowicie płynność krwi i brak zupełny w niéj skrzepów dowodzą niewątpliwie, że Tekla T. umarła śmiercią szybką, a brak zmian anatomicznych, śmierć w inny sposób tłumaczyć mogących, zniewala do przypuszczenia, że przyczyną śmierci szybkiéj Tekli T. było uduszenie. Do tego wniosku dochodzi się drogą wykluczenia innych przyczyn śmierci, jak wogóle tylko tą drogą dojść można do wniosku o śmierci z uduszenia, ponieważ nauka dotychczas nie zna pewnych cech anatomicznych, śmierci z uduszenia dowodzić mogących. Śmierć z uduszenia może nastąpić tak z przyczyn wewnętrznych, jak z zewnętrznych czyli gwałtownych; jeżeli zaś, jak w danym przypadku nie ma podstaw do przypuszczenia uduszenia z przyczyn wewnętrznych, przypuszczenie uduszenia gwałtownego jest usprawiedliwione, zwłaszcza, jeżeli jak znów w danym przypadku i okoliczności uboczne (miejsce, położenie, przykrycie twarzy) za tem przemawiają, a przypuszczenie to jest usprawiedliwione pomimo braku śladów zewnętrznych. Jak bowiem obecność śladów duszenia jeszcze nie dowodzi śmierci z uduszenia, tak brak ich jeszcze nie przemawia przeciw uduszeniu, jak to widzimy n. p. w notoryjnych przypadkach powieszenia się, jeżeli użyto narzędzia gładkiego, pulchnego, lub jeżeli narzędzie zostało założone przez brodę lub chustkę na szyi znajdującą się. Tak też u Tekli T. zatkanie ust i nosa chustką lub ucisk wywarty na szyję za pomocą chustki były zupełnie dostateczne do wywołania śmierci szybkiéj przez uduszenie, nie pozostawiwszy śladu widocznego.

Z tych powodów Wydział Lekarski, uwzględniwszy wszystkie okoliczności, w przypadku niniejszym zachodzące, oświadcza, że Tekla T. z największem podobieństwem do prawdy, umarła śmiercią gwałtowną z uduszenia, a tem samem zgadza się z orzeczeniem pp. znawców lwowskich. (D. n.).

IV. Z oddziału położniczo-ginekologicznego prof. Dra Madurowicza w szpitalu św. Łazarza w Krakowie.

Sprawozdanie za rok 1888.

Podał
Dr. W. Harajewicz,
sekundaryjusz tego oddziału.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 10.)

Na podstawie powyższéj obserwacyi rozpoznano: *Partus-Endometritis puerperalis septica, squ. peritonitide universali.*

Sekcyja wykazała: „*Ruptura port. vag. partis dextrae. Endometritis-vaginitis ac cystitis diphteritica septica insignis. Exsudatum peritonei tum parametrii septicum insigne etc. etc. Sepsis in puerpera.*“

W przypadku tym, jak to jest widoczną rzeczą, próby i zabiegi w celu ukończenia porodu czynione, stały się przyczyną niepomyślnego zakończenia połogu. Przebieg sam tegoż nie przedstawia wprawdzie nic nadzwyczajnego w podobnych okolicznościach, bo wszystkie objawy odpowiadały zakażeniu ogólnemu z części rodnych wychodzącemu; muszę wszakże na miejscu tem wspomnieć o rzeczy, którą niestety prawie na porządku dziennym natrafić można. Tyczy się to mianowicie skutków z wykonywanéj praktyki położniczéj po wsiach przez osoby do tego ani powołane, ani wybrane.

Statystyka śmiertelności położnic na prowincyi zasilaną jest w znacznéj liczbie przypadków przez to, że pomoc, a raczéj zaszkodzenie udzielonem zostało rodzącéj przez tak zw. babki wiejskie, które pojęcia nie mając o położnictwie, gdyż nie uczyły się takowego, na własną rękę używają odwiecznych środków w wiejskiéj praktyce zachwalanych. W takich razach występuje wybitnie na jaw wielki brak umiejętnych akuszerek po wsiach, ze szkodą naturalnie niepowetowaną ubogiéj pracującéj ludności.

II. To samo poświadczający przypadek odnosi się do położnicy M. Z. z Krowodrzy, l. 21, wolnéj. Poród u niéj odbył się 21/7 1888 r. w domu. Że jednak łożysko samo odejść nie chciało, przeto znowu kobieta pielęgnująca rodzącą ręcznie je wydobyła. W trzy dni dostała gorączki, a że stan się nie poprawiał, przeto odwieziono chorą do szpitala, gdzie 27/7 1888 r. na oddział położniczy przyjętą została. Stan jéj podczas przyjęcia już nie pozwalał wątpić o zakończeniu się sprawy chorobowéj. Ogólne osłabienie, zapad, wzdęcie i bolesność brzucha, tętno liche 136 przy ciepłocie 40° uprawniały do rozpoznania posocznicy, wynikłéj skutkiem septycznego rozkładu w macicy. Pomimo przestrzykiwań sublimatem 1:2000 jamy macicy i zakładania do niéj czopków jodoformowych odchody brudne nie zmieniły się, a podawane środki podniecające nie były już w stanie pomyślnego skutku wywrzeć. Chora 30/7 o g. 10 rano umarła.

Rozpoznanie anatomiczne brzmi: *Endometritis et salpingitis septica, squ. peritonitide septica.*

Wyjęcie ręczne zatrzymującego się łożyska, chociaż nie należy do operacyj obojętnych, wykonywane jednak pod kautelami ścisłéj antiseptyki traci zazwyczaj charakter niebezpiecznego zabiegu. Gdy atoli przedsiębranem jest w sposób nieodpowiedni, a szczególniéj jak w danym przypadku, przez osobę jakąś, która o zastosowaniu i koniecznéj potrzebie czystości pojęcia wido-

cznie nie miała, staje się wprost życiu operowanéj grożącem skutkiem następstw z zaniedbania wynikłych.

Są to wprawdzie dwa tylko na razie przypadki, ale które w najbliższem sąsiedztwie Krakowa miały miejsce, cóż więc dopiero dziać się musi w odleglejszych od głównych punktów wsiach, pozbawionych wszelakiéj opieki i pomocy ze strony lekarza lub położnéj.

III. A. W., l. 28, zamężna, wieloródka, przywiezioną została na oddział położniczy jako rodząca w I okresie porodu. Z wywiadów okazało się, że pierwszy poród przed 2 laty odbywał się bardzo ciężko i płód dopiero za pomocą wymóżdżenia wydobyto. W połogu chorowała wówczas przez parę miesięcy i od tego czasu do zdrowia dawnego nie powróciła. W czasie drugiéj ciąży czuła się prawie ciągle niezdrową i osłabioną, a od tygodnia skarży się na silny ustawiczny prawie ból w krzyżach i w brzuchu.

Stan jéj obecny był następującym: Osoba nieźle na pozór zbudowana, dobrze odżywiona. Ciepłota ciała 38·5°, tętno 100. Płuca i serce zdrowe. Brzuch wzdęty w całości, przy obmacaniu nieco bolesny. Położenie płodu czaszkowe I. Bóle od kilku godzin dosyć silne. Wymiary miednicy 24, 26, 18. Badanie wew. wykazuje ujście zewnętrzne rozwarte na 20 ct. o brzegach nieco nabrzmiałych, warga zaś przednia jako obrzmiały wałek zachodzi tak, że prawie całe ujście zakrywa. Pęcherz płodowy na pęknięciu, główka w wymiarze poprzecznym ustalona.

Z powodu tego stanu ujścia zew. i brzegów jego podawano kąpiele nasiadowe ciepłe. Wśród tego pęcherz pękł po południu 25/2, lecz ani główka się nie obniżała mimo bólów, ani ujście się nie rozwierało. Rano dopiero 26/2 można było założyć kleszcze na główkę poprzecznie we wchodzie ustaloną. Po kilkunastu silnych pociągnięciach uwolniono główkę, ale międzykrocze pękło aż do otworu stolcowego. Z powodu krwawienia silnego wydobyto zaraz łożysko i zeszyto międzykrocze 6 jedwabnemi szwami. Krwawienie ustało. Macicę przestrzykano dokładnie 3% kw. karbol., gdyż wody, które po wyjęciu płodu wyszły, cuchnęły znacznie. Pomimo tego jednak, że macica dobrze się skurczyła, brzuch pozostał wzdętym i bolesnym, co rokowanie bardzo wątpliwem czyniło. Istotnie też ciepłota zwalniająca, tętno słabe i liczne, do 140 dochodzące, odchody brudne i cuchnące, jako też wzdęcie brzucha, bolesność jego, biegunka i zapad, który się pojawił 1/3 uprawniały do rozpoznania *Endometritis puerperalis septica squ. peritonitide septica* i do najgorszéj prognozy. Istotnie też d. 5/3 mimo wszelkich środków i zabiegów lekarskich chora o godz. 8 wiecz. umarła wśród objawów ostrego zapalenia otrzewnéj.

Sekcyja wykazała: „*Endometritis septica. Involutio uteri completa. Exsudatum peritonei septico-purulentum, Exsudatum parametricum insigne, nec non textus retroperitonealis. Ecchymoses pleurae utriusque recentes, numerabiles. Degeneratio adiposa musculi cordis, hepatis ac renum. Tumor lienis acutus. Cystitis catarrhalis.*“

Wśród wszystkich szczegółów odnoszących się do zmian po śmierci znalezionych najwięcéj uderza jeden, który osobno przytoczę, a który najprawdopodobniéj przedstawia zmianę chorobową, stanowiącą punkt wyjścia dla reszty zmian patolog.

Po ustępie skreślającym dokładny obraz septycznego zapalenia błony śluzowéj i warstwy podśluzowéj macicy, znajduje się następujący opis: „Na około macicy w tkance łącznéj i w górę po za otrzewną aż prawie do kręgów piersiowych rozpościera się naciek ropny rozległy. Kręgi i kości utrzymane.“ Naciek ten w całości bardzo duży odpowiadałby wprawdzie czasowi trwania połogu nieprawidłowego, bo 10 dni trwającego, jednakże pewne okoliczności pozwalają na przypuszczenie, iż początek rozwoju jego odnieść należy do okresu ciąży, sam poród poprzedzającego. Za motywa do tego posłużyć mogą te objawy, które wskazują na przebieg jakiejś zmiany patologicz. w jamie brzusznéj, która zdradzała się boleściami w brzuchu i w krzyżach, wzdęciem brzucha przed porodem jeszcze, podniesieniem ciepłoty przed i wśród porodu i tętnem wskazującem ważniejszą jakąś sprawę w organizmie nurtującą. Gdy dodamy do tego jeszcze i objawy z wywiadów zaczerpnięte, jak osłabienie szczególnie w końcu ciąży, dreszcze i gorączkę, to mimowoli nasuwa się przypuszczenie, że przecież ta straszna dewastacyja, jaką preparat anatomiczny wykazał, musiała się już dawniéj zacząć, a przez akt porodu pobudzona doszła szybko do tak wielkich rozmiarów.

Wiemy, że pierwszy połóg przebiegał z niebezpieczeństwem dla życia, musiały być zatem już wówczas znaczne zmiany, o których wszakże nic bliższego wiedzieć nie możemy, czy ustąpiły całkowicie, czy też pozostawiły po sobie jakie remanenta. Że zaś chora, o któréj mowa, podawała, iż w okresie czasu od porodu pierwszego do drugiego czuła się zawsze słabą, można przypuścić, iż dawniejsza zapalna sprawa nie ukończona w zupełności pozostawiła po sobie, jak się to czasem zdarza, ognisko jakieś, które świeżą ciążą i aktem porodu pobudzone do życia stało się punktem wyjścia następnie tego patologicznego procesu, który życiu choréj kres położył.

IV. C. S., izrael. l. 18, przybyła do szpitala na oddz. III położniczy dnia 1/8 1889 r. jako ciężarna w ostatnim miesiącu. Badanie wówczas przedsiębrane wykazywało osobę licho zbudowaną i dosyć nędznie odżywioną, obrzęki surowicze koło kostek, w płucach ani w sercu żadnych wybitnych zmian. Ciąża I, położenie płodu czasz. II.

W takim stanie przebyła aż do 15/8, w którym to dniu nad ranem urodziła prawidłowo płód płci męskiéj donoszony, żywy. Tego samego dnia zaraz zaczęła uskarżać się na dolegliwości w brzuchu, a ciepłota przed południem mierzona wynosiła 39°, tętno 92. Brzuch wzdęty, tkliwy, macica twarda sięga do pępka. W moczu nieco białka.

16/8 40° — 100, wieczorem 40·2°, tęt. 106. Macica bolesna, brzuch wzdęty jak dnia poprzedniego. Odchody nie zupełnie czyste, obrzęk kończyn dolnych znacznie mniejszy. Podano kwasek, chininę 0·30 2 razy dziennie i okład wysychający.

17/8 40°, tęt. 106—40·1°, tęt. 104. W płucach nic charakterystycznego oprócz objawów nieżytu oskrzeli, śledziona nie macalna, ale powiększona, co wypukiem daje się stwierdzić. Obrzęk kostek ustąpił. Stan części rodnych jednaki. Polecono przestrzykiwanie pochwy 3% kw. karb. na pół z wodą ciepłą zmięszanym.

18/8 40°, wieczorem 40·1°, tętno słabsze. Macica lepiéj skurczona. W płucach świsty i rzężenia dosyć liczne.

19/8 39·5° — 110, wieczorem 39·5, tęt. 116. Tętno liche, małe. W płucach bardzo liczne rzężenia, świsty i furczenia. Macica miękka, ciastowata, bolesna, również jak i jéj okolica, odchody czyściejsze, czerwone. Stan ogólny bardzo lichy.

20/8 38·5°, tęt. 126. Tętno bardzo nikłe, nitkowate, ogólne osłabienie znaczne. Bolesność macicy i jéj otoczenia znaczna. W piersiach klucie. Osłuchiwanie wykazuje bardzo liczne na całéj przestrzeni furczenia i rzężenia. W moczu dużo białka. Rozpoznano *Tuberculosis miliaris acuta in puerpera.*

20/8 o g. 9½ wiecz. umarła.

Sekcyja stwierdziła następujące zmiany: „*Leptomeningitis tuberculosa, tum ad basim, tum ad convexitates utriusque hemisphaerae cerebri, circumsripta. Encephalitis tuberculosa ad lobum frontalem inferiorem sinistrum, ac lobum paracentralem dextrum circumscripta. Oedema inflammatorium cerebri. Tuberculosis miliaris insignis, pleurae utriusqe, pulmonum, hepatis, lienis, renum, retinae, ac glandularum bronchialium Degeneratio caseosa unius glandulae mesaraicae, et tuberculosis miliaris omnium restantium. Oedema acutum pulmonum, bronchitis diffusa. Degeneratio parenchymatosa musculi cordis. Hypoplasia insignis aortae. Degeneratio adiposa hepatis. Tumor lienis acutus. Involutio incompleta uteri. Endometritis puerperalis diphteritica, ad portionem vaginalem solum circumscripta, levioris gradus. Exsudatum peritonei sero-fibrinosum ac peritonitis sero-fibrinosa recens-diffusa.*“

Nic wprawdzie nowego co do przebiegu choroby przypadek ten nie pokazuje, niezwyczajnym jednak jest z tego powodu, że szukając źródła zakażenia całego organizmu nie możemy nic innego znaleźć, jak tylko ów jedyny gruczoł kreskowy, który zmienionym był serowato.

Ani płuca, ani krtań, ani jelito nie przedstawiały żadnych zboczeń takich, którymby należało przypisać winę uogólnienia miejscowéj choroby, jak również nigdzie nie znaleziono nic podobnego. Nie pozostaje więc, jak zwrócić się do tego małego ogniska gruźliczego i w nim szukać przyczyny gwałtownego rozwoju choroby, wywołanego przez wstrząśnienie organizmu wśród porodu i połogu.

Rozwój zaś, jak to z historyi choroby widać, nadzwyczaj gwałtownie postępował tak dalece, że dopiero w 3 dniu połogu, gdy ogólny stan bardzo niepomyślnie już się przedstawiał, wystąpiły objawy zajęcia organu oddechowego.

Widocznie jednak sprawa gruźlicza musiała na ostatku dopiero zająć centralny układ nerwowy, gdyż w czasie obserwacyi nie można było stwierdzić ani porażeń, ani drgawek, zmian w źrenicach nie zauważano, ból zaś głowy, na który chora się uskarżała, nie dawał jeszcze dostatecznéj przyczyny do rozpoznania specyjalnie zajęcia mózgu sprawą chorobową. Białko w moczu tak szybko się powiększyło w ciągu 3 dni, że można było ostatecznie przypuścić specyficzną zmianę w nerkach, ale mieściło się to już w ogólnem rozpoznaniu.

Co się zaś tyczy zmian degeneracyjnych na błonie śluzowéj macicy, to inaczéj nie można przypuścić, jak tylko, że były następowemi. A to dla tego, iż znaleziono je dopiero w początku rozwoju, chociaż chora w 6 dniu połogu umarła i tak nieznaczne, że trudno byłoby przypuścić pierwotne zakażenie w tych częściach, gdy i objawy za życia nie odpowiadały w zupełności takiemu obrazowi. (Dok. nast.)

V. Z praktyki prywatnéj.

Przyczynek do sprawy plantacyi zębów.

Podał

Dr. Ferdynand Obtułowicz.

Kol. Szymkiewicz w wyczerpującéj rozprawie o plantacyi zębów poruszył sprawę obchodzącą żywo nie tylko specyjalistów, ale i cały ogół lekarzy, zwłaszcza zaś lekarzy praktykujących na prowincyi, którzy z potrzeby muszą wykonywać i praktykę dentystyczną. Celem zwiększenia kazuistyki na tem polu dorzucam i ja moje spostrzeżenie. Przed 4 laty zgłosiła się do mnie młoda izraelitka (18-letnia) R. K. ze zwartemi arkadami zębów ładnych i dobrze utrzymanych, uskarżając się na nieznośny ból w pierwszym zębie licowym po stronie prawéj, który jéj przez kilka nocy spać nie pozwolił. Ponieważ dokładne obejrzenie zębów, a zwłaszcza zęba bolącego w ściśniętéj arkadzie zębowéj nie zdołało wykazać żadnéj próchnicy, a opukiwanie zęba bolącego stwierdziło niewątpliwie, że ten właśnie, a nie inny ząb sprawia ból nieznośny, przeto ulegając natarczywym żądaniom pacyjentki, która na żaden inny sposób leczenia zgodzić się nie chciała, postanowiłem ząb ten wyciągnąć, a w razie nieznacznéj sprawy próchnicowéj zaplombować go i wstawić napowrót w zębodół.

Ekstrakcyja udała się łatwo, a dokładne obejrzenie zęba wyciągniętego okazało jamkę próchnicową usadowioną z boku wewnętrznego zęba i tak zakrytą przez ząb sąsiedni (kieł), że tylko domyślać się jéj można było. Ząb należycie wymyty w kwasie karbolowym nie okazywal żadnéj chorobowéj zmiany w korzeniu i otaczającéj go okolicy; jamka próchnicowa wielkości grochu dała się z łatwością wyskrobać, a po wymyciu kwasem karbolowym 5% wypełnić cementem. Po oczyszczeniu zębodołu ze skrzepów krwawych i wymyciu znów wacikiem zanurzonym w kwas karbolowy, wstawiłem pacyjentce zęba napowrót w odpowiedni zębodół i przymocowałem go do zębów sąsiednich za pomocą drucika srebrnego. Chora była z tego obrotu rzeczy bardzo zadowoloną, bo pozbywała się szpecącéj ją luki w ściśniętéj arkadzie białych i pięknych zębów i przyrzekła znieść lekki ból w danym razie, oczekując zapowiedzianego przyrośnięcia zęba. Po dwóch tygodniach nastąpił w istocie rezultat oczekiwany, ząb przyrósł dość dobrze, a w kilka tygodni późniéj przechwalała się chora, że zębem tym nawet orzechy gryźć może. Przed rokiem widziałem tę pacyjentkę; ząb trzyma się doskonale i żadnych bólów w nim nie doświadcza.

W 2 przypadkach udało mi się zęby zdrowe wyciągnięte przez pomyłkę przez cyrulików zamiast zębów chorych po należytem oczyszczeniu zębów i zębodołów wstawić napowrót i w obu tych przypadkach nastąpiło przyrośnięcie. Na wystawie budapeszteńskiéj w r. 1886 (we wrześniu) widziałem bardzo ładne okazy odnoszące się do sprawy replantacyi i transplantacyi zębów, a prawdziwość odpowiednich historyj chorób została stwierdzoną przez zmarłego niedawno prof. anatomii Lenhosseka. Byłoby rzeczą nader pożądaną, aby zawodowi dentyści w sprawie poruszanéj ogłosili cenne swe spostrzeżenia i zachęcili kolegów do uprawiania téj konserwacyjnéj części dentystyki, odgrywającéj w ekonomii ustroju tak doniosłą rolę.

VI. Oceny i sprawozdania.

Fizyjologija.

Alexy Biełousow: *Nervi vasorum. Diss. inauguralis.* Charków 1889.

Praca „o nerwach naczyń“ jest rezultatem długich studyjów i wnosi w naukę nadzwyczaj ciekawy wynik, o którym znajdujemy pewną już wzmiankę u niektórych klasycznych autorów, iż n. sympatyczny nie jest nerwem naczyń krwionośnych. Pozostawiając na późniéj swe anatom. badania nad nerwem sympatycznym trzew, autor na ten raz ograniczył się do badania nerwów naczyń kończyn górnych i dolnych, oraz oczodołowych u człowieka. Wyniki swe, które przedstawił w 22 kolorowych rycinach zdjętych z natury i wyrysowanych na kamieniu przez samego autora, streszcza on tak: 1) na tętnicach i żyłach kończyn nie znajdujemy wcale splotów n. sympatycznego, lecz tylko nerwy czuciowe, ruchowe i mięszane wychodzące z rdzenia pacierzowego (*plexus brachialis, lumbalis, ischiadicus*). 2) Nerwem tętnicy ocznéj jest n. okoruchowy. Na żadnéj tętnicy oczodołu nie znajdujemy włókien n. sympatycznego. Jest on też nerwem naczyń błon mózgowych. Zaledwo 2—3 cienkich gałązek n. sympatycznego łączy *plexus caroticus* z tylną częścią *g. ciliare*, które jest *gang. n. oculomotorii*. Autor ani razu nie widział gałęzi troficznéj tego zwoju, który, opierając się na porównawczo-anatomicznych danych, nazywa homologicznym ze zwojami rdzenio-mózgowemi. Nerw okoruchowy daje też nerwy nerwom wzrokowym, poczynając od ich skrzyżowania, które są pokryte gęstym ich splotem, wspólnym dla obu stron. „Czy niemożna“ — zapytuje Dr. B. — „za pomocą tych nerwów tłomaczyć t. zw. sympatyczne cierpienia oczu, lubiące wybierać sobie drogę przez *chiasma nn. opticorum?*

Przy anatom. badaniach nie używał autor noża i nożyczek, tylko igły i haczyków, któremi ostrożnie rozrywał tkankę łączną, rozciągając badane części. Naczynia nastrzykiwał białkiem, jednocześnie tętnice (cynober i suchy karmin) i żyły (suchy ultramaryn). Nerwy zabarwiał na czarno rozczynem kw. osmowego (1 grm. na litr destyl. wody [1]). Badania robione były przy silnem oświetleniu: światło słoneczne przepuszczone przez otwór parawana koncentrowało się za pomocą wypukło-wklęsłéj soczewki Hartnacka; doskonale można też studyjować wieczorem przy ostrem świetle lampy. Koniecznem jest przy tem i lupa, utrzymywana za pomocą statywu.

Niepodobna jest wdawać się w szczegóły téj pięknéj pracy autora. Mało w niéj słów, a więcéj odczytuje się na jego godnych uwagi i bardzo pouczających rycinach, dla wyjaśnienia których podał w swéj rozprawie kilka stronic petitem. Prawdziwie trzeba podziwiać istnie benedyktyńską cierpliwość w odrysowaniu tak gęstéj sieci nerwów oczodołu, jak to widzimy na rycinach 11, 12, 13 i 19. Rozprawę tę gorąco polecamy anatomom, fizyjologom i okulistom.

Dr. J. Talko.

Patologija.

E. Welti: **O przyczynach śmierci po oparzeniach skóry.**

Po wyłuszczeniu dawniejszych sposobów tłomaczenia Hebry (shok), Kühnego (wykluczenie oddychania skórnego), Billrotha (nagromadzenie się węglanu amonowego we krwi), Sonnenburga (teoryja odruchowa) i innych, przyłącza się W. do zapatrywań Wertheima (rozpad czerwonych ciałek krwi, wytwarzanie się zakrzepów wskutek wytworów rozpadowych). W doświadczeniach na zwierzętach (królikach) badano przedewszystkiem zmiany krwi, powstające przez ogrzewanie jednéj części ciała, a śledzono szczególnie za płytkami krwi, których wytwarzanie się ułatwia ogrzewanie. W pierwszym szeregu doświadczeń poddano część ciała (uszy) po-

[1]) Nie zawierające myeliny włókna n. sympatycznego zabarwiają się bardzo słabo tym rozczynem, myelinowe zaś stają się nadzwyczaj czarnemi.

wolnemu oparzeniu aż do śmierci zwierzęcia po 1—2-ch godzin występującéj. Przy 60·5° występowały jako wytwory rozpadowe czerwonych ciałek krwi szczególne kuleczki (*eosinophile Körper*), które przy szybkiem spaleniu spostrzegano już przy 57°. W wielu narządach można dokładnie śledzić rozwój zakrzepów z płytek krwi. Te płytki pochodzą tak z białych jak i czerwonych ciałek krwi. Część ich prowadzi w miejscu oparzenia do zamknięcia naczyń skrzepami, inna zaś część dostaje się do obiegu krwi; dzięki lepkości swojéj gromadzą się w kupki, tworząc skrzepy przyścienne, utrzymujące się w żyłach długo w pierwotnéj swéj postaci, podczas gdy w tętnicach zamieniają się szybko w skrzepy szkliste. Powoli powstają z skrzepów przyściennych skrzepy zamykające. Badania pierwszego szeregu, (oparzenie aż do śmierci zwierzęcia,) różnią się tylko brakiem wrzodów żołądkowych i powstającego przez skrzepy obumarcia w nerkach i układzie nerwowym środkowym od doświadczeń szeregu II-go to jest: przy szybkiem, krótkotrwałem zadziałaniu ciepła (5 minut) zostają zwierzęta jeszcze przez kilka dni przy życiu i można było wtedy badać następstwa oparzenia. Badanie krwi podczas samego doświadczenia dało te same wyniki, co poprzednio. Części narządów badano na przekrojach stwardniałych i zabarwionych. W mózgu, w rdzeniu pacierzowym, w nerkach, wątrobie i t. d. stwierdzano wszędzie wytwarzanie się zakrzepów. W rzdeniu przedłużonym znajdowały się skrzepy z płytek krwi w żyłach, zaś szkliste w tętnicach i żyłach; prócz tego wynaczynienia i obumarcie pierwocin nerwowych. Zmiany w żołądku bez wyjątku, wszystkie okresy od wynaczynienia aż do wrzodu. W następstwach zmiany krwi należy szukać przyczyn śmierci po rozległych oparzeniach skóry (*Beitr. z. path. Anat.*, 1889, z. 5). *Dr. Baschkopf.*

Dr. O. Minkowski (Strassburg): **Diabetes mellitus i trzustka.**

Docent Dr. M. robił doświadczenia na psach wraz z prof. Meringiem w laboratoryjum kliniki wewnętrznéj uniw. Strasburgskiego. Zupełne wycięcie trzustki wywoływało natychmiastową, nie chwilową lecz stałą cukrzycę z wszystkiemi ubocznemi objawami, jak zwiększeniem łaknienia, pragnienia, wzmożonem moczowaniem i szybkiem chudnięciem. Ilość cukru w moczu dochodziła aż do 10%. Częściowe wycięcie trzustki, wszystko jedno któréj części lub podwiązanie przewodów wydzielających, nie wywoływało cukrzycy. Brak soku trzustkowego jednak nie zdaje się być przyczyną występowania cukru w moczu, lecz wykluczanie wskutek wycięcia trzustki jakiegoś bliżéj nieznanego czynnika do asymilacyi cukru się przyczyniającego zdaje się być cukrzycy powodem. Że przyczyny téj rzeczywiście w trzustce szukać należy, poucza i anatomija patologiczna; Seegen, Senator i Frerichs bowiem w połowie przypadków téj choroby zmiany tego gruczołu znaleźli. Bouchard był pierwszym, który na to zwrócił uwagę a dziś Beamnel z Montpellier stara się dowieść, że we wszystkich przypadkach cukrzycy jużto mikro- jużto makroskopijne zmiany w trzustce znajdujemy. Dotychczas szukano przyczyny wydzielania cukru w wątrobie i mięśniach. Tylko obecność glykogenu w pierwszéj za nią przemawia, gdyby zaś tworzenie się kwasu węglowego przy pracy mięśniowéj tak bardzo wpływało na rozpad cukru w organizmie, to zanik mięśniowy musiałby pociągnąć za sobą cukrzycę, co się nie dzieje. Wpływ zaś nerwowy nie można uważać za bezpośredni tylko za pośredni a zatem i na trzustkę działać mogący. Autor dochodzi ostatecznie do tego wniosku, że jak albuminuryja jest wynikiem choréj nerki, tak glykosuryja jużto anatomicznie jużto pod względem funkcyi zmienionéj trzustki, nie umie tylko objaśnić nas w rzeczy najważniejszéj a mianowicie, jakie to są i na czem polegają owe zmiany anatomiczne i czynnościowe tego gruczołu! (*Berl. kl. Wschft.* 1890 Nr. 8).

Dr. M. Joseph (Berlin): **Oedema cutis circumscriptum acutum.**

Ta mało znana choroba, którą pierwszy Quincke w r. 1882 opisał, występuje w postaci ograniczonych opuchlin skóry na 2 do 10 ctm. szerokich. Skóra miejsc tych jest tylko nieco bledszą z wejrzenia, nie bolesną, sprawia tylko świerzbienie, stan zaś ogólny na tę chorobę cierpiącego wcale przytem nie jest zajęty. Miejsca takie opuchlinowe powstają także na błonie śluzowéj ust, podniebienia, gardła i krtani, trwają godzin lub dni kilka, znikają prędko, by na nowo na tem samem miejscu po krótszym lub dłuższym czasie wystąpić, a zatem łatwo recydywują. Za przyczynę podaje Quincke oziębienie lub przeziębienie skóry jakoteż cielesne znużenia. Cierpienie to łączy się także często z chronicznym gośćcem stawowym. Striebing opisuje 3 przypadki téj opuchliny, przebiegającej z objawami gastrycznemi, mianowicie z wymiotami, przyczem ilość moczu zawierającego białko była zmniejszoną a ciężar gat. większy. Rapin widział przypadki, które *urticaria* poprzedzała lub się z opuchliną łączyła i domyśla się jakiegoś powinowactwa między temi dwiema zmianami. Przez Minicha opisane przypadki poprzedzał okres zwiastunowy, manifestujący się bólem głowy, osłabieniem i brakiem apetytu. Osler dopatrzył się pewnego usposobienia dziedzicznego. Börner widział tę chorobę występującą u kobiet wśród miesiączkowania lub w okresie menopauzy. Küssner przytacza ostro przebiegające przypadki komplikowane krwotokami z błon śluzowych występującemi. Autor opisuje w dalszym ciągu z własnéj polikliniki przypadek téj choroby u 5 letniego chłopca, który po każdorazowem wyjściu na zimne powietrze dostawał opuchliny skóry twarzy i rąk w postaci licznych centków, które jak tylko chłopca do łóżka położono, prędko znikały. Wśród takiéj erupcyi chłopak bywał zazwyczaj osłabiony, a mocz wydzielany miał kolor ciemno brunatny, oddziaływał alkalicznie, zawierał białko i kryształki heminy (*Haemoglobinuria paroxysmalis*). Komplikacyja ta dotychczas w literaturze nie była opisaną, wiemy tylko z prac Lichtheima, że hemoglobinuryja często u niektórych zupełnie zdrowych ludzi po dłuższych spacerach podczas zimy peryjodycznie występuje. Jakiż stosunek mógł zachodzić między hemoglobinuryją a opuchnieniem skóry w tym przypadku? Według Fürbringera także kiła jest przyczyną téj zmiany moczu. Chłopiec jednakowoż nie był zakażonym ani rodzice jego. Zdaje się więc być prawdopodobnem, ze wskutek zadziałania zimna na powierzchnię skóry, następował rozpad czerwonych ciałek krwi i wydzielanie hemoglobiny przez nerki.

W przeciwieństwie do pierwszego przypadku opisuje autor erupcyje opuchlinowe występujące u 20 letniego medyka nie w zimie ale regularnie w lecie. Młody ten człowiek cierpiał prócz tego na chorobę Basedowa. Znaną jest rzeczą, że wśród choroby Basedowa występują niektóre wysypki jak *vitiligo*, *urticaria*, nikt jednak dotychczas nie opisał przypadku opuchliną ostrą komplikującego się. Trzecia historyja choroby zajmuje się robotnikiem lubiącym wódkę i piwo. Ile razy trunku nadużył, pojawiały się liczne ogniska opuchlinowe na różnych częściach skóry a najwięcéj na rękach i nogach. Erupcyje te, które nawet w jamie ust występowały, trwały kilka godzin i znikały.

Że przyczyną tych opuchlin jest angioneuroza wywołująca rozszerzenie naczyń, za tem zdaje się przemawiać doświadczenie Ostroumowa, który drażniąc *ram. lingualis trigemini* prądem indukcyjnym, otrzymywał przekrwienie i opuchnienie odpowiedniej części języka. Unna przypuszcza spastyczny skurcz żył a wskutek tego porażenne rozszerzenie tętnic. Według Heidenhaina komórki naczyń włosowatych wywierają pewien wpływ na tworzenie się i resorbcyję limfy. Wskutek zadrażnienia nerwowego tych komórek występuje zaburzenie w resorbcyi limfy, objawiające się opuchnieniem skóry.

O leczeniu téj choroby nie wiele można powiedzieć. Jeżeli erupcyje występują na zimnem powietrzu, należy przechadzek w zimie unikać. Quincke wzmacnia trakt pokarmowy i reguluje dyjetę. Inni podają arsen lub sporysz a lekarz amerykański Matas poleca chininę w wielkich dawkach. (*Berl. kl. Wschft.* 1890, Nr. 4—5).

Farmakologija.

Dr. Leubuscher (Jena): **Leczenie gruźlicy płuc za pomocą przyrządu Krulla.**

W *Berl. kl. Wochenschrift* 1888 r., Nr. 39—40 opisał Krull swój nowy aparat, za pomocą którego przesyca powietrze wilgocią do wysokości ciepłoty ciała ludzkiego ogrzaną.

Powietrze to wilgotne każe wdychiwać suchotnikom nie w myśli bezpośredniego zadziałania na prątki i wstrzymania ich rozwoju, lecz w celu zahartowania tkanki płucnéj i zrobienia jéj tym sposobem odporniejszéj. Prócz tego przez wziewanie wilgotno-ciepłego powietrza następuje większy dopływ krwi do płuc, a zatem lepsze odżywianie i silniejsza resorbcyja produktów chorobowych. Na tem rozumowaniu oparł Krull swoją metodę leczenia gruźlicy płucnéj, a według jego dalszych publikacyj doskonałym skutkiem uwieńczonéj. Dr. L. leczył za pomocą tego przyrządu 16 chorych, a historyje chorób ich na 3 grupy według skutku leczniczego podzieliwszy wszystkie jedne po drugiéj przytacza Ograniczam się do podania tylko ostatecznych wyników i tak u 4 chorych niezauważył żadnego polepszenia, u 3 polepszenie było nieznaczne, 9 zaś można było uważać za częściowo lub zupełnie uleczonych. Wśród wdychiwań, które codziennie przez kilka tygodni powtarzano, niezauważył L. żadnych innych nieprzyjemnych powikłań, a chorzy znosili je dobrze. (*Brl. kl. Wschft.*, 1890, Nr. 5).

Dr Schendel (Berlin): **Nowy lek przeciw dyfteryi.**

Wielka ilość polecanych jużto zewnętrznych, jużto wewnętrznych środków przeciw dyfteryi jest dowodem, że wszystkie te leki zawodzą. Przez Rennerta ostatniemi czasy zalecane pędzlowanie gardła rozczynem sublimatu zakwaszonym nie jest lepszem od wszelkich innych pędzlowań tylko boleśniejszem, a podawane wewnętrznie kreozot, terpentyna, kw. arsenawy, jodtribomid i inne nowsze przetwory nie o wiele lepsze od dawnych. Dr. S. nie zachwala swego nowego leku jako panaceum przeciw dyfteryi, ale leczył nim 43 przypadków szczęśliwie i zaleca dalsze stósowanie w celach doświadczalnych. Lekiem tym jest *Tinctura rusci composita*, przez mięszanie soli siarkowych za pomocą alkoholu z *oleum rusci* i *fagi*. Zdrowym dawał Dr. S. po 20 gr. dziennie, bez obawy białkomoczu. Dzieciom chorym podawał za dnia pół łyżeczki od kawy co godzina i żywił je posilnie, w razie potrzeby sztucznie. Lek ten podawany wewnętrznie wpływa wyśmienicie i na naciek w gardle, błony bowiem prędko odpadają, a piękna ziarnina w miejscu ich powstaje. (*Bl. kl. Wschft.*, 1890, Nr. 6). *Dr. Mendelsburg.*

Choroby wewnętrzne.

Günzburg: **Zastępstwo rozpoznawczego przepłukiwania żołądka.**

Jako takie poleca G. w przypadkach, w których przepłukiwania unikać należy, następujące postępowanie: w kawałek rurki gumowéj o bardzo cienkich ścianach wsuwa się tabletkę, zawierającą 0·2 do 0·3 jodku potasu. Oba końce rurki zagina się celem zamknięcia jéj, poczem wiąże się naokoło niéj trzy pojedyncze nitki włóknikowe. To wszystko połyka się w kapsułce żelatynowéj, którą żołądek szybko rozpuszcza. Wtedy nabrzmiewają nitki włóknikowe stosownie do zawartości kwasu solnego żołądka rozmaicie szybko, aż rurka gumowa przezwycięża opór nabrzmiałych włókien i otwiera się. Teraz jodek potasu się rozpuszcza i ulega wessaniu i wykazuje się go w ślinie, zbieranéj w krótkich odstępach czasu. Dwa dni późniéj podaje się w danym razie cukierek z jodku potasu tylko w kapsułce gelatynowéj. Czas potrzebny do rozpuszczenia kapsułki i wessania (KJ) odciąga się od całego czasu pierwszego doświadczenia: różnica wykazuje czas napęcznienia dla nitek i pozwala czynić wnioski o zawartości HCl żołądka. (*D. m. W.*, 1889, Nr. 41).

Gustaw Klein (Wrocław): **Śledziona wędrująca w miednicy małéj.**

W zakładzie anatomii patologicznéj znalazł K. u kobiety 63-letniéj, zmarłéj wskutek ostréj choroby płuc, silnie powiększoną śledzionę z wypukłością ku dołowi zwróconą, zwisającą w zagłębienie pęcherzo-maciczne i podpartą wiankiem macicznym od strony pochwy, podczas gdy macica ku tyłowi przemieszczona przylegała mocno do kości krzyżowéj. Widocznie wzięli lekarze śledzionę wędrującą mimo jéj znacznych rozmiarów za macicę i takową wiankiem podparli. Nawiązując do tego przypadku, wspomina K., że w etyjologii śledziony wędrującéj odgrywa rolę wpływ nieprawidłowéj delikatności, wiotkości i wyciągnięcia fałdów otrzewnéj wskutek powiększenia rozmiarów śledziony powiększenia ciężaru i w zimnicy. Z przyczyn mechanicznych ważnem jest działanie sznurowania się, które obwinić możemy o wywołanie wędrowania śledziony, podobnie jak wątroby i nerki. Przy ściskaniu jamy piersiowéj i brzusznej usilują wspomniane narządy uniknąć ucisku. Ku górze jestto tylko w małym stopniu możebne, a więc usuną się ku dołowi, jeżeli siła fałdów otrzewnowych i inne okoliczności temu nie przeszkodzą. Objawy podmiotowe nie są zawsze znaczne, a dolegliwości chorych zależne są od większego lub mniejszego przedłużenia więzadła żołądko śledzieniowego. Rozpoznanie jest prawie pewnem, jeżeli się wykaże, że śledziona nie znajduje się w prawidłowem miejscu, a znaleziony guz posiada cechujący kształt bobu, zagłębienie odpowiadające wnęce i karby na brzegach. Leczenie: W pierwszym rzędzie należy usunąć przyczyny: zmniejszenie wielkości śledziony (w zimnicy za pomocą chininy itd.), usunięcie pierwotnéj rozstrzeni żołądkowéj, zwalczanie stanów następowych, jak następowe rozszerzenie żołądka, wywołane obniżeniem się śledziony, następnie operacyjne przymocowanie śledziony do prawidłowego miejsca lub jako doszczętny środek wyłuszczenie śledziony. Co się tyczy żywego sporu co do usprawiedliwienia tego ostatniego zabiegu, to w obu obozach spotykamy równie znakomitych badaczy. Znamy operacyję jedno, i dwuczasową. Także niebezpieczeństwo wyłuszczenia białaczéj śledziony (groźny i często śmiertelny krwotok następowy) już wcześnie poznano. Kundrat twierdzi, że śledziona wędrująca leży zawsze po prawéj stronie, czemu Dietl przeczy (*D. m. W.*, 1889, Nr. 44).

Choroby nerwowe.

B. Schaefer (Charlottenburg): **Przyczynek do nauki o „Railway-spine“.**

Pojęcie téj choroby uległo wielu zmianom. Gdy z początku przypuszczono, że rdzeń pacierzowy stanowi punkt wyjścia dla téj choroby, która powstaje przez wstrząśnienie z równoczesnem zgnieceniem i naciągnięciem rdzenia, to w ostatnich latach więcéj rozpowszechniło się zapatrywanie, że chorobę tę należy odnieść do mózgu. Moeli pierwszy wypowiedział zdanie, że to jest psychoza. Charcot starał się udowodnić, że objawy polegają na macinnicy, a Oppenheim twierdzi, że prawie wszystkie objawy chorobowe wskazują na pochodzenie mózgowe. Przypadek S. ma udowodnić, że tylko w mózgu należy szukać przyczyny choroby i że nazwa „Railway-spine“ jest niedobrą. Przypadek ten różni się od zwykłych, gdyż się rozchodzi o chorego, któremu tylko groził nieszczęśliwy przypadek. Prowadzący lokomotywę O. miał w listopadzie z. r. kierować pociągiem. Przejeżdżając przez krzywiznę, spostrzegł nagle przed sobą w odległości 50 m. czerwone latarnie, należące do pociągu, który z powodu uszkodzenia maszyny na stacyi się zatrzymał. O. miał na tyle przytomności umysłu, że użył wszystkich sposobów, służących do zatrzymania pociągu, przez co udało mu się tuż przed stojącym pociągiem uniknąć zderzenia się z nim. W tym czasie jednak opanowało go ogromne rozdrażnienie i straszna obawa, gdyż widział, jak opowiada, śmierć w najkrótszym czasie przed oczyma, pojął ogrom odpowiedzialności za następujący pociąg, napełniony ludźmi i wszystkie te uczucia strachu, rozdrażnienia, obawy, poczucia obowiązku skupiły się tu razem na kilka chwil. Po kilku dniach wytworzyły się u tego nadzwyczaj sumiennego urzędnika wszystkie objawy, „railway-spine“ w typowy sposób: wyniszczenie, chód wlokący, mowa utrudniona, jąkanie, drżenie rąk, języka, ogólne osłabienie ciała; usposobienie drażliwe i melancholiczne, uczucie trwogi i zawrotu głowy, silne bóle głowy, osłabienie pamięci, sen przerywany strasznemi widziadłami; znaczne upośledzenie czucia na całem ciele, nogi jakby obumarłe i porażone, brak apetytu, porażenie pęcherza O udawaniu wobec porażenia pęcherza, silnie upośledzonego czucia, drżenia włókienkowego języka i upadku odżywienia myśleć nie można. Trudno przypuścić z Charcotem macinnicę, gdzie u mężczyzny neuropatycznie wcale nie obciążonego, trzeźwego i silnego tak ciężkie zmiany w stosunkowo krótkim czasie występują. Mamy tu więc niewątpliwy przypadek „railway-spine“, powstały nie przez wstrząśnienie rdzenia, ani wogóle przez wstrząśnienie, lecz przez silne zadziałanie na umysł. Rdzeń nie uległ zmianie i pytanie zachodzi, czy przyjmiemy nazwę

„nerwica urazowa“, lub neuropsychoza lub *Commotio cerebri traumatica*, *Commotio spinalis traumatica*, gdyż z tego przypadku widać, że wpływ umysłowy bez urazu wystarcza do wywołania tych ogromnych zmian, a te silne umysłowe wpływy istnieją przy każdem nieszczęściu na kolejach, gdzie przestrach, rozdrażnienie, obawa śmierci w straszny i gwałtowny sposób występują, jak może w żadnym innym przypadku. (*B. kl. W.*, 1889, Nr. 43).

Schneider (Kolonija): **Kilka przypadków padaczki odruchowéj.**

Że prawdziwą padaczkę i podobne stany kurczowe drażnienia obwodowe najrozmaitszego rodzaju mogą wywoływać, jest okolicznością dostatecznie znaną. I tak wykazano w szczególności zawisłość niektórych napadów od obwodowych, niekorzystnie zagojonych blizn, większych lub mniejszych wypociu uciskających kończyny nerwowe, polipów ucha i kiszki odchodowéj. S. dostarcza dalszego przyczynku tego rodzaju, gdyż w ostatnich 5-ciu latach spostrzegał 6 przypadków padaczki odruchowéj nosa. Ponieważ przez przeciąg 2-ch, względnie 4-ech lat po operacyi nie wystąpił napad, mimo niestosowania jakiegokolwiek innego leczenia, przypuszcza S. trwałe wyleczenie chorych. 1) Chłopiec 14-letni dziedzicznie nieobciążony cierpi od 5-go roku na gwałtowne napady padaczkowe, w ostatnim półroku każdéj nocy. Często wyprzedza napad padaczkowy napad dychawicy, a matka dziecka na pewne twierdziła, że napady bywają wtedy szczególnie ciężkie, jeżeli otwór nosowy uległ zatkaniu. S. znalazł uklejowate obrzęki, wypełniające oba przewody nosowe. Po znieczuleniu 10% rozczynem kokainy zniszczył S. zmiany chorobowe palnikiem galwanicznym, a ukleje mocno wystarczające usunął pętlą rozżarzoną, a chłopiec dotąd nie miał jeszcze ani napadu padaczki ani dychawicy. 2) Panna 24-letnia, silnie zbudowana, cierpi od pierwszéj miesiączki na padaczkę. Po wypaleniu uklejowatych wybujałości nosa, a przedewszystkiem dolnéj muszli, napady zupełnie ustąpiły. 3) Nauczycielka, panna, dostaje napadów padaczkowych i to głównie podczas miesiączki; dwukrotne wypalenie obrzmiałéj błony śluzowéj nosa przed 2 ma laty; dotąd wyleczenie zupełne. 4) Silnie zbudowany mężczyzna choruje od kilku lat na padaczkę. S. uderzony mową nosową, zbadał wziernikiem nosowym Voltoliniego nos i znalazł wyrośl dolnéj muszli; po dotknięciu się jéj zgłębnikiem chory zaczął kaszleć, dostał bolów w piersi, guzek w nosie obrzękł, wśród największéj trwogi chory podskoczył z krzesła, i wnet upadł na ziemię, głowa, ręce i nogi popadły w kurcze, przed ustami wystąpiła ślina spieniona, jednem słowem drażnienie nosa wywołało zupełny napad. I w tym przypadku osiągnął przez wypalenie zupełne wyleczenie. S. opisuje jeszcze kilka przypadków padaczki, które w podobny sposób wyleczył. (*Berl. kl. W.*, 1889, Nr. 43). *Dr. Bf.*

Chirurgija.

Dr. Renvers (Berlin): **Wyleczenie ropnia wątroby za pomocą punkcyi i drenowania.**

Ropnie wątroby w klimacie naszym należą do rzadkości, a wyleczenie takowego w przypadku Dr. R. jest pouczające: Kobieta 33-letnia, ciężko pracująca, zaniemogła nagle w nocy 4 października zeszłego roku. Silne bóle brzucha i wymioty były pierwszemi objawami. Kiedy do tego przyłączyło się wzdęcie krzucha i zapad, przeniesiono chorą do kliniki Leydena, gdzie ją Dr. R. jako asystent kliniczny obserwował. Chora przedstawiała zrazu typowy obraz ostrego zapalenia otrzewny, po bliższem jednakowoż rozpatrzeniu się można było namacać znacznie powiększoną wątrobę i woreczek żółciowy rozdęty. Bolesność w prawem podżebrzu była największą, a zresztą istniał tylko *tympanites*. Od tyłu i dołu prawa strona klatki piersiowéj aż do kąta łopatki stłumiona bez szmerów oddechowych. Strzykawkę o długiéj igle wbito w 9 przestrzeń międzyżebrową, przytem uczuto, iż igła najpierw przechodzi przez wiotką tkankę płucną, późniéj przez twardszy miąższ, poczem w głębokości 8 ctm. opór wszelki ustąpił, a strzykawka wciągnęła pewną ilość ropy. Pod mikroskopem znaleziono w niéj grupy komórek wątrobowych, dobrze utrzymanych i kryształki bilirubinu. Nie ulegało wątpliwości, że miano do czynienia z ropniem wątroby, który prawdopodobnie wskutek zastoju żółciowego i tworzących się kamyków powstał, zaczem rozdęty pęcherzyk i kryształki w ropie znalezione przemawiały. Natychmiast tą samą drogą, którą igła przeszła, wydobyto z wątroby aspiratorem Potaina litr ropy, poczem stan pacyjentki znacznie się polepszył. Wymioty, bóle i stłumienie tylne znikły, ciepłota opadła, ale nie na długo, bo po kilku dniach wszystkie objawy znowu się spotęgowały, a o nowem nagromadzeniu się ropy wątpić nie było można. Dr. R. wbił teraz zwykły trójgraniec, a z pochewki tegoż ropa sączyć się zaczęła. Przez pochewkę wprowadził wielki kateter Nelatona i założył opatrunek antiseptyczny. Operacyja odbyła się 15 listopada, a 14 grudnia można było już kateter wyjąć, poczem rana zewnętrzna szybko się zabliźniła. Dwa razy tylko przestrzyknięto jamę ropną rozczynem kw. borowego. Najważniejszą rzeczą przy leczeniu tą metodą jest oznaczenie miejsca ropnia, co za pomocą punkcyj próbnych i palpacyi narządu nie tak trudno rozpoznać. Punkcyje próbne wątroby, jak autor na zwierzętach mógł się przekonać, są rękoczynem zupełnie bezpiecznym. Miesiąc później opisał Dr. Harvey w *British Medical Journal* 2 przypadki w ten sam sposób leczone i wyleczone. (*Berl. kl. Wochenschrift* 1890, Nr. 8).

Choroby skórne.

Prof. Lang (Wiedeń): **Kilka uwag nad łuszczycą.**

Drobnoustrój „epidermidophyton“ przez autora po raz pierwszy w łuszczycy odkryty i za grzybek wzięty nie jest, jak słusznie Ries w swojéj pracy o łuszczycy wykazał (*Vierteljahreschrift f. Derm.* 1888) grzybkiem, lecz morfologicznie zmienionym przyskórkiem, chemicznie bowiem złożony jest z eleidyny i keratohyaliny. Badania prof. L. nad wrzekomym grzybkiem pochodzą z r. 1879, kiedy o eleidynie i keratohyalinie czyli keratynie bardzo mało jeszcze wiedziano i z tego to powodu pomyłka zajść mogła, boć przecie i Wolf w roku 1874 „epidermidophyton“ na zjeździe w Kopenhadze jeszcze jako swoisty grzybek opisywał. Mimo to stanowczo autor jest zdania, że *psoriasis* ma podstawę pasorzytniczą, przemawiają bowiem za tem kliniczny przebieg, kształt i umiejscowienie ostro ograniczonych eflorescencyj. Zmiany, jakie w przebiegu łuszczycy występują na paznogciach, przypominają bardzo *Onychomykosis*, a brak erupcyi na dłoniach zgadza się zupełnie z umiejscowieniem, jakiemu dermatomykozy podlegają. Choroby skórne, a mianowicie przyskórka, bardzo często rozszerzając się przechodzą na sąsiadujące błony śluzowe, nigdy jednak nie widziano tego w łuszczycy, ani w żadnéj innéj pasorzytniczéj chorobie skórnéj. Nareszcie tak dermatomykozy jak i łuszczyca mogą przebiegać ostro i chronicznie u młodych i starych zupełnie niezależnie od stanu narządów wewnętrznych. Że łuszczyca jest dziedziczną, nie przemawia to bynajmniéj przeciw jéj pochodzeniu pasorzytniczemu, albowiem pewna dyspozycyja dziedziczna do przyjmowania pasorzytu istnieć może, a ustępowanie eflorescencyi przybłonka w razie ostrych chorób gorączkowych tłomaczy się tem, że pasorzyt rozwija się tylko na skórze zdrowego organizmu. Wszak i pasorzyty zwierzęce tylko u zdrowych ludzi się trzymają. Łuszczyca usadawia się symetrycznie po obu stronach ciała, gdyby przyczyną jéj miał być pasorzyt, symetryczność taka byłaby bardzo dziwną, — zarzucićby można. Ale symetryczność takową widzimy także n. p. w świerzbie (*scabies*), bo pasorzyt szuka sobie miejsc do rozwoju swego najprzychylniejszych, a do tych należą szorstkie okolice skóry. (*W. med. Blätter* 1890, Nr. 7). *Dr. Mendelsburg.*

VII. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Sekcyja kołomyjska Tow. lek. galicyjskich.

Sprawozdanie Wydziału z czynności sekcyi w roku 1889.

Odczytane na zgromadzeniu sekcyi w dniu 23 lutego 1890 roku.

Powołani przed rokiem na posiedzeniu z dnia 14/2 1889 do Wydziału sekcyi kołomyjskiéj, przyjęliśmy to zaszczytne wezwanie w nadziei, że uda nam się rozbudzić w Towarzystwie jakieś życie koleżeńskie i pracę naukową, mającą się manifestować wykładami na posiedzeniach sekcyjnych, pogadankami i roztrząsaniem kwestyj lekarzy obchodzących. Biorąc na swe barki to ciężkie zadanie nie obawialiśmy się sami pracy, ale liczyli-

śmy również na poparcie ze strony szan. kolegów. Dziś przychodzi nam zdać sprawę z całorocznéj naszéj działalności i ze smutkiem przyznać musimy, że jakkolwiek działalność ta przedstawia się dodatnio w porównaniu z poprzedniemi latami, to jednak nie odpowiada w zupełności temu, czegośmy się spodziewali. Mała ilość członków należących do sekcyi, a jeszcze mniejsza, jeżeli uwzględnimy członków chętnych i rozwojowi sekcyi przychylnych, nie pozwoliła nam wypełnić zakreślonego sobie programu. Sekcyja nasza odbyła w ciągu roku ogółem 5 posiedzeń, 4 zwyczajne, a jedno nadzwyczajne, zwołane z powodu śmierci nieodżałowanéj pamięci protomedyka ś. p. Alfreda Biesiadeckiego. Ktokolwiek śledził baczniéj rozwój naszego Towarzystwa, którego zmarły był długoletnim prezesem, ten wie, ile Tow. lek. galicyjskich przez śmierć tego męża straciło. Sekcyja też nasza uznała tę stratę na owem posiedzeniu i uchwaliła wysłać delegata w osobie przewodniczącego sekcyi Dra Sysaka, który wraz z lekarzem powiatowym Drem Rosnerem miał naszą sekcyję na pogrzebie reprezentować i wdowie po zmarłym wyrazić imieniem sekcyi kondolencyję; a nadto złożyli obecni na posiedzeniu członkowie kwotę 18 złr. na pomnik dla zmarłego, którą to kwotę na ręce p. Dra Merunowicza obecnego protomedyka odesłano. Obecnie wzywam szan. Kolegów, aby przez powstanie oddali hołd zasługom zmarłego.

Zwyczajnych posiedzeń, jak wspomnieliśmy odbyła sekcyja 4. Na 1-em dnia 28-go marca uchwalono zaprosić kilku kolegów do przystąpienia do Towarzystwa, a skutkiem tego, dwóch kolegów Dr. Janocha i Dr. Mayzel przystąpili do sekcyi, inni na zaproszenie nie odpowiedzieli, następnie uchwalono, aby delegat na Walne zgromadzenie przemówił tamże w imieniu tych kolegów, którzyby chcieli do Towarzystwa przystąpić, nie chcą jednak „Przeglądu Lekarskiego" otrzymywać, gdyż nie rozumiejąc dobrze po polsku (takich w saméj Kołomyi jest trzech, z wojskowymi pięciu) nie mogą takowego czytać i dlatego żądają, aby im z rocznéj wkładki Towarzystwo potrąciło kwotę przeznaczoną na prenumeratę „Przeglądu Lek."; następnie poleciło zgromadzenie delegatowi, aby się upomniał, aby przyznane statutem 10% od wkładek członków na sprawy administracyjne sekcyi takowéj przesłane zostały. Z przyczyn nieprzewidzianych delegat nasz na Walne zgromadzenie się nie udał, przeto uważaliśmy za obowiązek poruczone sprawy przedstawić listownie jeneralnemu sekretarzowi Towarzystwa, co też uczyniliśmy, jednakże z przykrością oświadczyć musimy, iż do dzisiaj żadnéj nie otrzymaliśmy odpowiedzi. Koszta administracyjne ponosił z własnéj kieszeni przewodniczący, a wzmiankowani koledzy do Towarzystwa nie przystąpili.

Na 2-giem posiedzeniu w dniu 10 maja Dr. Sysak odczytał swe spostrzeżenia nad szczepieniem i szerzeniem się ospy podczas panującéj epidemii ospy w powiecie Kołomyjskim. W dyskusyi zabierał głos Dr. Piaskiewicz i wnosił, aby wnioski, do jakich prelegent doszedł, wraz z motywami podać do wiadomości Towarzystwa lek. galicyjskich.

Na 3-ciem posiedzeniu dnia 30/9 1889 Dr. Sysak opisał przypadek zatrucia 8-io miesięcznego dziecka trzema centigramami morfiny (odczyt ten był umieszczony w „Nowinach Lekarskich"). W dyskusyi zabierali głos Dr. Rosner, Dr. Piaskiewicz i Dr. Mayzel.

Na 4-tem posiedzeniu 20/12 1889 Dr. Jakubowski opisał aparat desinfekcyjny sprawiony przez gminę. Dr. Sysak opowiedział przypadek tężca reumatycznego z wyleczeniem. W dyskusyi zabierali głos koledzy Rosner, Mayzel i Lebedowicz.

Następnie uchwalono na wniosek kolegi Dra Rosnera, aby koledzy zostawili zupełną swobodę pacyjentom co do brania lekarstw w któréj chcą aptece, gdyż wskazywanie téj lub owéj apteki naraża tylko lekarzy na niepotrzebne posądzenia, ubliżające godności stanu lekarskiego, na wniosek zaś Dra Sysaka uchwalono wezwać aptekarzy, aby środki lecznicze i opatrunki chirurgiczne wyrabiane w fabrykach krajowych, z tychże zapisywali tem więcéj, iż środki te według orzeczenia Komisyi przemysłowéj Tow. lek. krakowskiego nie ustępują w niczem środkom zagranicznym. Uchwałę odnośną zakomunikowano miejscowym aptekarzom.

Składając to sprawozdanie, ubolewamy, że nie mogliśmy mimo najszczerszych chęci więcéj zdziałać, a składając nasz urząd w wasze ręce, życzymy nowemu Wydziałowi, aby się w przyszłym roku lepszemi od nas mógł poszczycić wynikami.

Po odczytaniu uchwalono na wniosek Dra Piaskiewicza wyrazić podziękowanie ustępującemu Wydziałowi i przystąpiono do wyboru nowego wydziału. Wybrano ponownie Dra Gabryela Sysaka przewodniczącym, tegoż zastępcą Dra Marcelego Wojdę z Peczyniżyna, a sekretarzem Dra Bolesława Mayzla, delegatem na Walne zgromadzenie wybrano Dra Maksymiliana Rosnera, a jego zastępcą Dra Władysława Piaskiewicza. Sekcyja kołomyjska liczy w b. r. 12-stu członków, z lekarzy w Kołomyi praktykujących (18) należy do sekcyi tylko 7.

Dr. Bolesław Mayzel. *Dr. Gabryel Sysak.*
przewodniczący.

VIII. Higijena, Epidemijologija, Policyja lekarska.

Prof. Pettenkofer (Monachijum): **Światło gazowe i elektryczne pod względem zdrowotnym.**

Powszechnie dziś używane sposoby sztucznego oświetlenia za pomocą gazu i elektryczności wrogo przeciwko sobie są zwrócone, a pytanie, który z nich pod względem zdrowotnym bardziéj jest polecenia godnym, szeroko obecnie jest omawiane, a ostatniemi czasy zasługują na uwagę słowa proff. Fischera i Cohna na posiedzeniu „berlińskiego towarzystwa dla zdrowia publicznego" wypowiedziane.

Jakość światła wywiera znakomity wpływ na siłę wzroku, a przedewszystkiem na możność rozpoznawania barw; pod tym też względem światło elektryczne przewyższa nie tylko gazowe, ale i słoneczne zwykłego dnia. Własność tę posiada głównie światło łukowe (*Bogenlicht*), gdy tymczasem żarzące (*Glühlicht*) Edisona już więcéj się do światła gazowego zbliża. Także i barwa światła, jak to oftalmologowie dobrze wiedzą, nie jest bez znaczenia. W płomieniu gazowym przeważa płomień żółty i czerwony, w świetle elektrycznem zaś niebieski i fijoletowy; które z tych barw oko lepiéj znosi, nie można jeszcze na pewne powiedzieć. Każdy punkt świetlny tem więcéj drażni oko, im silniejsze wydziela światło, czyli im więcéj promieni z jednostki obszaru świetlnego wydaje. Z téj też przyczyny płomień gazowy przyjemniejszy jest oku niż światło elektryczne, bo w dwóch tych swiatłach o jednakowéj sile, w płomieniu gazowym promienie na większą płaszczyznę są rozdzielone, niż w skupionem ognisku światła elektrycznego. W lampach elektrycznych można drażnieniu oka zapobiedz kloszami matowemi powszechnie dziś w teatrach używanemi. Skupione w ognisku elektrycznem promienie rozdziela się tym sposobem na większą płaszczyznę i zapobiega zanadto wielkiemu olśniewaniu.

Płomień gazowy, jak to pomiary termometryczne wykazały, wydziela daleko większą ilość cieplika niż téj saméj siły lampa elektryczna. Rank obliczył, iż lampa elektryczna teatralna o sile 17 świec wydziela w jednéj godzinie 46 kilokaloryj t. z., iż tą ilością ciepła w tym samym czasie podnieść można ciepłotę 46 kilogr. wody o 1° C., z badań zaś Cramera i Rubnera wiemy, że płomień gazowy o sile 17 świec wydaje w jednéj godzinie 908 kilo kaloryj czyli, że tworzy 20 razy więcéj cieplika niż lampa Edisona. Zgadzają się z tem zupełnie pomiary termometryczne powietrza w teatrach temi dwoma źródłami światła oświetlanych. I tak w teatrach gazem oświetlanych w przeciągu jednéj godziny ciepłota z 16° C. zwrasta do 27°, w elektrycznie zaś oświetlanych w tym samym czasie z 16° C. ledwie do 17° (16·8) dochodzi. Płomień gazowy o sile 17 świec wydaje w godzinie 795 kaloryj ciepła, człowiek wydziela w téj saméj jednostce czasu 92 kaloryj, a zatem jeden płomień gazowy wydaje cieplika tyle, ile 8 ludzi razem. Świec stearynowych 17 wydaje 1589 kaloryj, lampa gazowa téj siły 634, gdy tymczasem tego nasilenia lampa elektryczna w téj saméj jednostce czasu tylko 46 kaloryj ciepła produkuje. Światło więc elektryczne jest najchłodniejszym z wszystkich dotychczas znanych źródeł świetlnych.

W stosunku do wydzielania ciepła stoi pochłanianie tlenu. Świeca stearynowa pochłania w godzinie 30 gr. tlenu, płomień gazowy o sile 17 świec 214 grm., gdy tymczasem światło elektryczne z powietrza tlenu nie zabiera i kw. węglowego z siebie nie wydziela, co inne płomienie w znacznéj ilości czynią. Wszak i głębiny wód elektrycznie oświetlać możemy. Światło więc elektryczne powietrza nie zanieczysz-

cza i pierwiastku do oddychania potrzebnego nie zabiera. W teatrze monachijskim przy oświetleniu gazowem zawartość CO_2 podczas przedstawienia przy pełnéj sali wynosiła 4·2, przy oświetleniu zaś elektrycznością 2·5 przyczem nie trzeba zapominać, że jeden człowiek 44 gr. w jednéj godzinie CO_2 z płuc wydycha. Ujemną tę stronę oświetlenia gazowego w przeciwieństwie do elektrycznego można w części tylko oczywiście dobrą wentylacyją usunąć.

I chirurdzy nieraz odczuwają niedogodność płomienia gazowego, mianowicie przy operacyjach wieczornych, długiéj narkozy wymagających. Wpływ chloroformu na płomień gazowy i świecy jest szczególny. Jeżeli usadowimy świecę zapaloną w cylindrze szklanym, do którego za pomocą rury gutaperchowéj powietrze dochodzi, płomień świecy jasno będzie się świecił. Wprowadźmy jednakowoż do cylindra na drucie tamponik waty chloroformem nasycony, a spostrzeżemy, że płomień w miarę ulatniania się chloroformu zaczyna kopcić, osadzając sadze. Chloroform bowiem rozkłada się na chlor i kw. solny, przyczem węgiel w postaci sadzy się wydziela. Prócz tego przy zetknięciu się chloroformu z gazem tworzy się także kwas fosgenowy. Operowanie w tak zanieczyszczonem powietrzu jest bardzo utrudnione, pobudza ono bowiem do częstych napadów kaszlu. Niedogodność ta da się usunąć, jeżeli płomień gazowy za pomocą osobnego przyrządu od powietrza otaczającego oddzielimy.

Najważniejszą ujemną stroną oświetlenia gazowego jest niebezpieczeństwo wybuchu i zatrucia. Powietrze zawierające 5% gazu eksploduje słabo, najsilniejsze wybuchy powstają przy 15 procentowem nasyceniu, przy 25% wybuchu nie potrzebujemy się obawiać, bo gaz w tem zgęszczeniu już się tylko powoli spala. Ale powietrze zawierające 3% gazu już jest silnie trujące. Trującym pierwiastkiem w gazie jest tlenek węgla, który stanowi 10 część gazu świetlanego. Według badań Grubera powietrze zawierające 0·10% tlenku węgla jest już niezdolne do oddychania. Dziwnem by się zdawało, że zatrucia gazem przydarzają się tak samo w domach nie posiadających rur gazowych, jak w domach lub mieszkaniach gazem oświetlanych. Pochodzi to ztąd, iż w zimie pękają najczęściéj rury uliczne. Ziemia nadzwyczaj chciwie wchłania wydobywający się gaz, domy zaś nasze powietrze rzadsze w zimie, bo ogrzane, zawierając, działają na podstawę swą zupełnie jak bańki suche, wciągając w siebie gęstsze, bo zimne powietrze swéj ziemi gruntowéj. Jeżeli ta wskutek pęknięcia rury ulicznéj jest gazem przesyconą, więc wchodzi on wraz z powietrzem gruntowem do wnętrza domu.

Prof. Rubner z Marburga obliczył za pomocą swego kalorymetra, ile każdy rodzaj oświetlenia o sile 100 świec w jednéj jednostce czasu wydziela ciepła, ile produkuje kw. węglowego i pary wodnéj. Cyfry otrzymane podaje następująca tabliczka:

Rodzaj oświetlenia	spotrzebowany materyjał	kwas węgl. w gr.	para wodna w gr.	ilość ciepła w kal.
Gazowy palnik Bramera	350 litr.	386	304	1843
„ „ Arganda	800 litr.	882	694	4213
Nafta, płaski palnik	600 grm.	1762	708	6220
„ okrągły palnik	200 grm.	587	236	2073
Świeca stearynowa	920 grm.	2445	933	7881
Światło elektryczne Edisona	—	—	—	270

Tak więc światło elektryczne przewyższa gazowe pod względem siły i jakości natężenia, a pod względem zanieczyszczania powietrza światło gazowe nie wytrzymuje krytyki w porównaniu z elektrycznem, które także obawę wybuchu i zatrucia zupełnie wyklucza.

Przedstawia jednak światło elektryczne również wielkie niebezpieczeństwa, bo może zabić człowieka piorunem i często wznieca pożar. Ameryka, najwięcéj używająca oświetlenia elektrycznego, dostarcza nam w tym kierunku najwymowniejszych dowodów. Częste pożary i nagłe utraty życia ludzkiego pęknięciem drutów przewodzących wywołane skłoniły miasto New-York do powtórnego zaprowadzenia oświetlenia gazowego w ulicach miasta.

Gaz możemy zbierać w zbiornikach i oświetlanie codzienne nie zależy wcale od dziennéj produkcyi w gazowniach, które mogą być podawane czasowéj naprawie, a mimo tego oświetlenie miasta nie ustaje; machina zaś dynamo-elektryczna produkuje tylko elektryczność w miarę potrzeby, która równocześnie zostaje zużytą, prócz tego maszyny te i jéj motory będąc w ruchu hałaśliwie pracują i tak w Monachijum jak długo trwa przedstawienie teatralne, nikt w sąsiednich domach z powodu hałasu usnąć nie może. Niedogodność ta ustanie, jeżeli maszyny dynamo elektryczne nie parą, lecz zgęszczonem powietrzem według systemu Poppa poruszane będą.

Walka konkurencyjna tych dwóch sposobów oświetlania nie mało przyczyniła się do licznych ulepszeń, jakie ostatniemi czasy przemysł rozpowszechnia. Dość wspomnieć elektryczne świece Jabłoczkowa, lamy Edisona i gazowe palniki Siemensa o sile 1000 świec. Może uda się jakiemu chemikowi wyeliminować tlenek węgla z gazu świetlnego, a fizykowi zapobiedz pękaniu drutów elektrycznych i tym sposobem zmniejszyć istniejące jeszcze niebezpieczeństwa i przypadki, a walka o byt tymczasem tych dwóch industryj przyczynia się tylko do ich wydoskonalenia. Która zwycięży, trudno dziś osądzić. Ludzkość na walce téj najlepiéj wychodzi, bo na świecie staje się coraz jaśniéj i coraz więcéj światła po nim się rozpływa. *(Münch. med. Wochenschr.* 1890, Nr. 7—8).

Dr. Mendelsburg.

IX. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 20 marca. Dnia 13 b. m. o godzinie 7-méj wieczór odbył się w Grand Hotelu obiad składkowy na uczczenie jubilata prof. Jakubowskiego. Do stołu zasiadło 55 uczestników, przeważnie lekarzy i członków Wydziału lekarskiego, a oprócz nich prezes Akademii umiejętności, rektor Uniw. jagiell. i kilku obywateli. Wzniesiono liczne toasty, na które odpowiedział jubilat. Podczas uczty nadeszły następujące depesze: z Pragi czeskiéj: od prof. Janovskiego; z Warszawy: od Towarzystwa lekarskiego, od redakcyj „Kroniki Lekarskiéj“ i „Zdrowia“, od lekarzy szpitala dla dzieci wyzn. mojż. (Portner, Kramsztyk, Poznański, Koral, Winawer, Funk), od prof. Tyrchowskiego, Drów Florkiewicza, Stichego, Sommera; z Poznania: od Wydziału lek. Tow. P. N. i redakcyi „Nowin Lekarskich;“ ze Lwowa: od Tow. lekarzy galicyjskich (Czyżewicz, Merunowicz), od Drów Juliana Czerkawskiego, Ebersa, Gluzińskiego, Bylickiego, Schramma, Dębickiego, Wiczkowskiego, Barącza, Piska, Sochańskiego, Wachtla, Chomina, Godlewskiego, Jendla, Kickiego, Kopaczyńskiego, Kuhna, Mukowicza, Sobolewskiego, Stahlbergera, Świątkiewicza, Stembarta, Wechslera; z prowincyi telegrafowali: z Przemyśla Drowie Orłowski, Cassina, Dworski, Smoleński; z Buczacza: Obtułowicz; z Drohobycza: Jurkiewicz, Lachowski, Janowski; z Bochni: Górski; z Now.-Sącza: Głuchowski; z Ożomli: Stępiński; z Żydaczowa: Goldhaber; z Presburga na Węgrzech: Dr. Sołowij.

* Na wczorajszem posiedzeniu Tow. lekarskiego odbyły się zapowiedziane wykłady proff. Rydygiera i Obalińskiego. Następnie odbyły się rozprawy nad wnioskami w imieniu komitetu przedstawionemi przez prezesa w sprawie budowy domu własnego dla Towarzystwa. Wnioski te zostały przyjęte i wybrano komisyję, która ma zająć się ich wykonaniem.

* Na posiedzeniu odbytem w dniu 14 b. m. Wydział Lekarski udzielił stypendyjum ś. p. Szklarskiego w kwocie 900 złr. p. Drowi Wład. Harajewiczowi.

* Nowe czasopismo pod tyt.: „Revue d'orthopédie“ będzie wychodzić co 2 miesiące w Paryżu, począwszy od marca r. b. pod redakcyją Drów Kirmissona i Petita.

* Od biura Zjazdu X. międzynarodowego odbyć się mającego od dnia 4—9 sierpnia r. b. w Berlinie otrzymaliśmy zawiadomienie, że przy Zjeździe urządzoną będzie Wystawa międzynarodowa lekarska, któréj przygotowaniem zajmują się oprócz techników pp. Virchow, Bergmann, Leyden, Waldeyer i Lassar. Wystawa obejmować będzie: przyrządy biologiczne i lekarskie, preparaty chemiczno-farmakologiczne, narzędzia do operacyj, preparaty odżywcze, plany i modele szpi-

tali, kąpielowe i desinfekcyjne, środki transportowe i łaźnie dla chorych, przyrządy higijeniczne. Ze zgłoszeniami i zapytaniami należy udawać się listownie z uwagą *Ausstellungsangelegenheit* do bióra Zjazdu (Dr. Lassar, Berlin NW. Karlstrasse 19).

* „Zbiór wykładów klinicznych“, wydawany przez Volkmanna, przechodzi w ręce trzech reprezentantów głównych gałęzi lekarskich, a mianowicie: Bergmanna, Erba i Winckla, którzy dzieło z takiem powodzeniem i przez szereg lat prowadzone przez zmarłego odtąd połączonemi siłami kontynuować będą.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Praga** czeska. Docent prywatny medycyny sądowéj w Uniw. czeskim Dr. Wacław Belohradsky otrzymał tytuł profesora nadzw. — **Budapeszt.** Prof. Bókai z Klausenburga mianowany został zwycz. profesorem farmakologii. Otwartą tu została klinika dentystyczna, pozostająca pod kierunkiem docenta Dra Arkövego. — **Graz.** Docent prywatny Dr. Escherich z Monachijum mianowany został nadzw. profesorem pedyjatryi. — **Wrocław.** Prof. Biermer otrzymał urlop z powodu słabości, a w półroczu letniem zastępować go będzie Dr Soltmann. — **Berlin.** Prof. Sonnenburg mianowany dyrektorem oddziału chirurg. szpitala Moabit. Dr. E. Esmarch habilitował się jako docent higijeny. — **Helsingfors.** Docent. Dr. Heinricius mianowany prof. zwycz. położnictwa i pedyjatryi. Drowie Clopatt i Sucksdorff habilitowali się, pierwszy jako docent prywatny chorób dzieci, ostatni jako docent higijeny. — **Kazań.** Proff. Gwozdew (med. sądowa), Kowalewski (fizyjologija) i Wysocki (patologija chirurgiczna) po wysłużeniu 25 lat pozostają na dalsze 5 lat. — **Królewiec.** Prof. fizyjologii Hermann obchodził jubileusz 25-letniéj działalności nauczycielskiéj.

* **Odznaczenie.** Docent uniw. warszawskiego Dr. Neugebauer młodszy otrzymał od uniwersytetu charkowskiego jednogłośnie przyznany tytuł Dra med. *honoris causa.*

* **Wiadomości osobowe.** Stopień doktorów w. nauk lek. otrzymali w Uniw. Jagiell. pp. Jakób. Eichner z Krakowa i Franciszek Jan Kmietowicz z Nowego-Sącza.

* Otrzymaliśmy następujący nekrolog:

W dniu 14-go marca r. b. zmarł w Wadowicach Dr. Antoni Zapałowicz. Urodzony w Myślenicach w r. 1815, syn sekretarza Starostwa, pobierał w tem miasteczku, a następnie w Wadowicach pierwsze nauki. Po śmierci ojca walcząc z trudnościami materyjalnemi siłą tylko woli i swojemi zdolnościami przebił się przez studyja gimnazyjalne w Bochni i kursa ówczesnéj filozofii we Lwowie. Po ukończeniu tychże sława wszechnicy wiedeńskiéj i trudność korzystania wówczas z nauk w pobliskim Krakowie pociągnęły chciwego wiedzy młodzieńca wraz z 20 kilkoma innymi kolegami do stolicy, gdzie też po ukończeniu studyjów we wydziale lekarskim uzyskał w roku 1845 dyplom medycyny i z tymże pospieszył do Wadowic. Tu wkrótce zdolności jego, bystrość umysłu, dobroć serca mimo pozornéj szorstkości w obejściu zjednały mu rozległą praktykę. Umysł chciwy wiedzy nie zadowolił się jednak uzyskanym dyplomem, lecz korzystając z owoców swéj pracy udaje się ponownie w roku 1851 do Wiednia, porzucając dochody z praktyki, aby uczęszczać na wykłady i powraca ze stopniem magistra akuszeryi. Odtąd nie wydalał się na dłużéj z Wadowic, zrósł się niemal z niemi i objąwszy w r. 1858 posadę lekarza miejskiego, a w roku 1866 lekarza szpitalnego, czynnym był niemal do ostatniego tchu życia swego, gdyż mimo potłuczenia się przy przewróceniu się wozu, na którym do chorego przed kilkoma dniami spieszył, ufny w swoje żelazne zdrowie i pomny na obowiązki nie posłuchał rady kolegów, i kazał się żonie i córce prowadzić do sąsiedniego szpitala na dwa dni przed śmiercią, łamiąc się już z zapaleniem płuc i opłucnéj, aby mógł chorych swych odwiedzić. Imię jego pozostanie na zawsze w pamięci ludu zwłaszcza biednego i obywatelstwa całéj okolicy byłego obwodu wadowickiego, czego dowodem kilkutysięczna ze wszystkich warstw społeczeństwa i z całéj okolicy w dniu 16 b. m. po południu zebrana publiczność dla odprowadzenia zwłok jego na miejsce wiecznego spoczynku. I nam też, jego kolegom, jako strzegący na każdym kroku praw i czci swojego stanu, jako chętnie spieszący z pomocą materyjalną w razie nieszczęścia rodzinnego, który z tego powodu od samego zawiązku Towarzystwa lekarzy galicyjskich był najgorliwszym jego członkiem wrył się głęboko w serca nasze jako przykład godny naśladowania i dla utrwalenia pamięci tego nieodżałowanego kolegi postanowiliśmy zamiast znikomego wieńca w gronie naszem na ten cel zebraną kwotę 13 złr. w. a., którą tu załączam, przeznaczyć na pomnożenie funduszu wdów i sierót po lekarzach przy Towarzystwie galicyjskiem istniejącego, w przekonaniu, że w ten sposób cichemu a doniosłemu jego za życia działaniu najodpowiedniéj cześć oddamy [1]).

Wadowice, d. 17/3, 1890. *Dr. Zawadziński.*

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich.

W *Gazecie Lek.* Nr. 10: Rosentala: Afazyja i bezwład ogólny postępujący; Szpanboka: O przejawach ruchowych, otrzymanych przez podrażnienie kory mózgowéj (c. d.); Matłakowskiego: O bąblowcu sieci (c. d.). — W *Medycynie* Nr. 10: Stępniewskiego: Endemia ospy w Warszawie; Radziszewskiego: Kilka przyp. amputacyi z następczem zastósowaniem opatrunków jodoform. (dok.). — W *Wiad. Lek.* z 1: Sielskiego: Kilka słów w sprawie leczenia wypadnięcia macicy. — W *Medycynie* Nr. 11: Dobrzyckiego: O konieczności oddzielnych sanatoryjów dla chorych piersiowych.

[1]) Kwotę 13 złr. (pochodzącą ze składki miejscowych kolegów: Drów Zawadzińskiego i Gedla po 5 złr., Dr. Opyda 2 złr. i chir. Weczerki 1 złr.) przesłaną nam odesłaliśmy p. protomedykowi. *Red.*

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.